

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE – UNIVALE  
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO**

**“CONHECIMENTO E FONTE DE INFORMAÇÃO: ESTUDO COM INDIVÍDUOS  
RESIDENTES EM TERRITÓRIOS DE ALTA INCIDÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DA  
DENGUE NA CIDADE DE PEDRA AZUL”**

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Suely Maria Rodrigues

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão

Mestrando: Allan Gomes Campos

**GOVERNADOR VALADARES – MG**

**2015**

ALLAN GOMES CAMPOS

**“CONHECIMENTO E FONTE DE INFORMAÇÃO: ESTUDO COM INDIVÍDUOS  
RESIDENTES EM TERRITÓRIOS DE ALTA INCIDÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DA  
DENGUE NA CIDADE DE PEDRA AZUL”**

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Suely Maria Rodrigues

Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão

**GOVERNADOR VALADARES – MG**

**2015**

Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Gestão Integrada do Território - GIT

**ATA DA BANCA EXAMINADORA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE  
ALLAN GOMES CAMPOS**

**Matricula Nº 69.734**

Aos vinte seis dias do mês de junho de dois mil e quinze (26/06/2015), às 14h00 (quatorze horas), na sala 13 do Bloco PVA da Universidade Vale do Rio Doce, reuniu-se a Comissão Examinadora da Dissertação de Mestrado intitulada "**Conhecimento e fonte de informação: estudo com indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da dengue na cidade de Pedra Azul**", Linha de Pesquisa: Território, Saúde e Sociedade, elaborada pelo aluno **Allan Gomes Campos**. A comissão julgadora foi composta pelas professoras Doutoras, Suely Maria Rodrigues (orientadora) – UNIVALE, Marileny Boechat Frauches Brandão (co-orientadora) – UNIVALE, Lina Rodrigues de Faria – UFJF e Maria Cecília Pinto Diniz – UNIVALE. Abrindo a sessão, a presidente da Comissão, Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely Maria Rodrigues após dar a conhecer aos presentes o teor das Normas Regulares do Trabalho Final, passou a palavra ao mestrando Allan Gomes Campos para apresentação de sua Dissertação. Logo após a arguição dos examinadores, a Comissão se reuniu, sem a presença do mestrando e do público, para julgamento e expedição do resultado final. Concluída a reunião, os membros da Comissão Examinadora consideraram por unanimidade a Dissertação APROVADA, fazendo as seguintes observações:

SEGUIR AS ORIENTAÇÕES DA BANCA

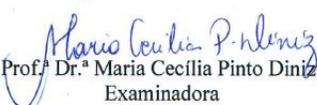
Em seguida o resultado foi comunicado publicamente ao candidato pela presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, a Presidente encerrou a reunião e lavrou-se a presente Ata que será assinada por todos os membros da comissão Examinadora.

Governador Valadares, 26 de junho de 2015.

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Suely Maria Rodrigues  
Orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marileny Boechat Frauches Brandão  
Co-orientadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lina Rodrigues de Faria  
Examinadora

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Cecília Pinto Diniz  
Examinadora

Dedico esse trabalho aos meus pais, Valdênia e Arnor, que investiram em meus estudos e acreditaram na minha capacidade de desenvolvimento profissional e pessoal. E, à minha esposa, Renata, e meu filho, Gustavo, pelos ensinamentos diários, suporte, atenção e carinho.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, professora Dra. Suely Maria Rodrigues, pelo relevante papel desempenhado no delineamento do projeto que deu origem a este estudo. A dedicação, o cuidado e a sensibilidade com que acompanhou e contribuiu na construção dessa dissertação foram essenciais para que o trabalho pudesse atingir a excelência. Mostrou-se sempre disposta a ajudar, estando sempre presente e solícita aos meus chamados, além de transmitir confiança e segurança no decorrer de todas as etapas desta pesquisa.

À minha co-orientadora, professora Dra. Marileny Boechat Frauches Brandão, pelo acolhimento e incentivo na realização deste projeto. Sua dedicação e experiência contribuíram não somente com a parte qualitativa deste trabalho, na qual teve participação preponderante, mas na co-orientação do projeto e da dissertação de um modo geral, demonstrando seu compromisso com sua missão acadêmica.

Aos professores do programa de mestrado, Prof. Dr. Haruf Salmen Espindola, Prof. Dra. Rita Cristina de Souza Santos, Prof. Dra. Maria Cecília Pinto Diniz, Prof. Dr. Rosângelo Rodrigues de Miranda, Prof. Dr. Mauro Augusto dos Santos, Prof. Dra. Patrícia Falco Genovez, Prof. Dra. Sueli Siqueira e Prof. Dra. Suely Maria Rodrigues. As nove disciplinas que tive a oportunidade de cursar e que foram ministradas por estes professores contribuíram, de forma significativa, para o amadurecimento da ideia inicial deste trabalho.

Às professoras Dra. Maria Cecília Pinto Diniz e Dra. Eliana Martins Marcolino, pela participação e contribuições na banca de qualificação. Tais intervenções contribuíram para o acréscimo do capítulo sobre Comunicação e Saúde, e um maior detalhamento sobre a execução do projeto e retorno dos resultados à sociedade.

Aos colegas do programa de Mestrado, Marcela Otoni da Silva Pereira, Marina Mendes Soares, Daniel Batista Sucupira, Luciovane Batista Lopes, Luciana Borges de Almeida, Jesus Sousa Lima, Luiz Filipe Santos Lima e Cristiane Soares Silva. O companheirismo e a troca de ideias nas disciplinas cursadas também foram uma forma de contribuição para este trabalho.

Aos profissionais da Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul e da Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Azul, pela autorização no acesso aos dados do Sinan-net.

Aos profissionais da prefeitura de Pedra Azul, pela disponibilização do mapa da cidade que foi utilizado neste trabalho.

Aos 144 indivíduos que participaram das entrevistas, nos recebendo em suas residências e atendendo prontamente ao chamado de participação neste estudo.

À minha esposa, Renata, que participou de diversas etapas deste trabalho. Desde o momento em que tomei a decisão de fazer o mestrado, se mostrou animada e incentivou-me diversas vezes a estudar e investir na minha carreira. Sua presença em minha vida foi fundamental para meu amadurecimento e crescimento pessoal e profissional.

Ao meu filho, Gustavo, que é a essência da minha vida. Compreensivo, me apoiou no tempo em que tive de me dedicar aos estudos e me deu o que eu mais precisava para seguir em frente: um abraço, um beijo e o seu amor.

Aos meus pais, Valdênia e Arnor, que são as referências da minha vida. Ensinaram-me a ter coragem para superar desafios e investiram em meus estudos. Sempre presentes nos momentos em que mais preciso. A vocês, o meu eterno obrigado.

Aos meus irmãos, Arnor Júnior e Grazielle, pelo carinho e atenção.

Aos demais membros da minha família, D. Aldeir (avó materna), Sr. Elpídio (avô paterno), tias, tios, primos e primas, sobrinhos e sobrinhas, enfim, a todos aqueles que me inspiraram a chegar até aqui. A todos aqui citados alimento um profundo respeito.

## RESUMO

A dengue é uma doença viral transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* que apresenta grande potencial de expansão em praticamente todos os continentes do globo. No Brasil, país com maior quantidade de casos notificados nas Américas, a doença é considerada um relevante problema de saúde pública. A participação da população no combate à dengue é considerada essencial para o êxito do controle da doença. Este estudo objetivou identificar o conhecimento e fontes de informações relacionadas à dengue entre indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul, Minas Gerais, Brasil. Trata-se de um estudo observacional, descritivo não experimental e de corte transversal, que utiliza abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram desta pesquisa 144 indivíduos notificados e não notificados com a doença, com 18 anos ou mais, funcionalmente independentes, que residiam na região Centro e no bairro Plataforma, considerados dois territórios com maior notificação de dengue no ano de 2013 na cidade de Pedra Azul. Para a coleta de dados foi aplicado uma entrevista semiestruturada com questões relacionadas a dados sociodemográficos, comunicação/informação, conhecimento sobre a dengue e a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Para análise dos dados quantitativos, foi utilizado o programa *Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations* (EVOC) e o Office Excel 2007. Os dados qualitativos foram analisados segundo a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. Os resultados demonstram que a amostra possui maior porcentagem de adultos jovens (44,4%) e baixa frequência de idosos (20,1%). Quanto à classificação econômica foram identificadas as classes D (32,6%), C2 (29,1%), C1 (20,1%), B2 (8,33%), B1 (6,94%) e A2 (2,77%). Com relação ao gênero 78,5% são mulheres e 21,5% homens. Pode-se observar no Centro maior porcentagem de indivíduos com ensino médio completo (43,0%) e no Plataforma indivíduos com ensino fundamental incompleto (40,3%). Quanto à ocupação profissional, 54,1% são de indivíduos com alguma relação de trabalho (formal ou informal) e 18,7% de aposentados. Evidenciou-se que os entrevistados responderam corretamente a maioria das questões propostas. Na análise comparativa entre notificados (G1) e não notificados (G2), o G1 demonstrou possuir um nível de conhecimento superior ao G2, porém, o G2 do território Centro obteve melhores resultados que G1 do bairro Plataforma. As principais fontes de informação a respeito da dengue foram à televisão, os profissionais de saúde, os materiais impressos e os carros de som. A principal distinção entre as evocações do núcleo central para G1 centrou-se nos fatores relacionados à ambiente e transmissão da doença (lixo e picada), e para G2 a necessidade de prevenir e a consequência da doença (cuidado e perigosa). Na Análise do Bardin identificou quatro (4) categorias: fator ambiental (água parada), agente transmissor da doença (mosquito), sinais e sintomas da doença (dor, febre e diarreia) e ações de prevenção à doença (limpeza e higiene). Pode-se concluir neste estudo que há possíveis evidências de que o nível de conhecimento está associado à escolaridade e renda; e a correlação entre doença e conhecimento é limitada.

**Palavras-chave:** Dengue. Conhecimento. Fontes de informação. Representações sociais.

## ABSTRACT

Dengue is a disease viral transmitted by mosquitoes of the type *Aedes* that presents great potential of expansion in practically all the continents of the globe. In Brazil, country with bigger quantity of cases notified in Americas, the disease is considered a relevant problem of public health. The participation of the population in the combat to the dengue is considered essential for the result of the control of the disease. This study aimed to identify the knowledge and fountains of informations related with dengue between resident individuals in territories of high incidence of notification of the disease in the city from Pedra Azul, Minas Gerais, Brazil. It is a study observational, descriptively not experimentally and of transversal cut, which uses the quantitative and qualitative approach. They announced of this inquiry 144 individuals notified and not notified with the disease, with 18 years or more, functionally independent, what were residing in the region Center and in the district Plataforma, which they are two territories with bigger notification of dengue in the year of 2013 in the city from Pedra Azul. For the collection of data an interview semistructured with questions was applied about date sociodemographic, communication / information, knowledge on the dengue and the Technique of Free Association of Words (TFAW). For analysis of the quantitative data, there was used the program Ensemble de *Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse dês Évocations* (EVOC) and the Office Excel 2007, and the qualitative data were analysed according to the technique of Analysis of Content of Bardin. The results show that the sample has a higher percentage of young adults (44.4%) and low frequency elderly (20.1%). As for the economic classification classes D were identified (32.6%), C2 (29.1%), C1 (20.1%), B2 (8.33%), B1 (6.94%) and A2 (2.77%). Regarding gender 78.5% are women and 21.5% men. It can be seen in the Center higher percentage of people with completed secondary education (43.0%) and in Plataforma individuals with incomplete primary education (40.3%). As for occupation, 54.1% are individuals with some working relationship (formal or informal) and 18.7% of retirees. It was evident that respondents correctly answered most of the questions posed. In the comparative analysis between reported (G1) and not reported (G2), the G1 has demonstrated a higher level of knowledge to the G2, however, the G2 territory Center obtained better results than G1 from Plataforma. The main sources of information about dengue were television, health professionals, printed materials and the sound of cars. The main distinction between the evocations of the central core for G1 focused on factors related to environment and disease transmission (trash and chopped), and G2 and the need to prevent the consequence of disease (be careful and dangerous). In Bardin analysis identified four (4) categories: environmental factor (standing water), Agent transmits the disease (mosquito), signs and symptoms (pain, fever, and diarrhea) and actions for the prevention of disease (cleaning and hygiene). It can be concluded from this study that there is possible evidence that the level of knowledge is linked to education and income; and the correlation between disease and knowledge is limited.

Key-words: Dengue. Knowledge. Fountains of information. Social representations

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra selecionada sem corte .....	45
Tabela 2 - Distribuição da amostra selecionada com reposição .....	45
Tabela 3 - Distribuição da frequência das características sociodemográficas dos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado. Brasil. 2015 (n=144) .....	53
Tabela 4 - Distribuição da frequência das características relacionadas à estrutura residencial dos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado. Brasil. 2015 (n=144) .....	58
Tabela 5 - Distribuição da frequência dos bens de consumo duráveis presentes nos domicílios e fontes de informações empregadas pelos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado. Brasil. 2015 (n=144) .....	62
Tabela 6 - Confiança nas informações repassadas pelas fontes de informação e satisfação dos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado com relação ao esclarecimento de dúvidas. Brasil. 2015 (n=144) .....	65
Tabela 7 - Distribuição de frequência da identificação do conhecimento entre os indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma no município estudado. Brasil. 2015 (n=144) .....	68
Tabela 8 - Processamento EVOC para a amostra pesquisada em relação à dengue .....	74
Tabela 9 - Processamento EVOC para os entrevistados sobre dengue, considerando de maneira independente as contribuições dos grupos G1 e G2 .....	76

## **LISTA DE FIGURAS**

Figura 1 - Países/áreas de risco de transmissão da dengue, 2008 .....	21
Figura 2 - Mapa da cidade de Pedra Azul, 2014 .....	42

## **LISTA DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Histórico de notificações de dengue na cidade de Pedra Azul. 2007-2013.....44

Gráfico 2 - Notificações por município de residência na cidade de Pedra Azul (2013) .....45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa  
ACE - Agente Comunitário de Endemias  
ACS - Agente Comunitário de Saúde  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
COMBI - *Communication for Behavioural Impact*  
DC - Dengue Clássica  
DCC - Dengue com Complicações  
DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
EVOC - *Ensemble de Programmes Permettrant L'Analyse des Évocations*  
FHD - Febre Hemorrágica da Dengue  
GRS - Gerência Regional de Saúde  
HEFA - Hospital Ester Faria de Almeida  
IDHM - Índice de Desenvolvimento Humano Municipal  
NOB - Normas Operacionais Básicas  
OME - Ordem Média de Evocações  
OMS - Organização Mundial de Saúde  
OPAS - Organização Pan-Americana de Saúde  
RS - Representações Sociais  
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública  
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
SMS - Secretaria Municipal de Saúde  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TALP - Técnica de Associação Livre de Palavras  
TIC - Tecnologias de Informação e Comunicação  
UBV - Ultra Baixo Volume

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	14
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	16
2.1 CARACTERÍSTICAS DA DENGUE .....	16
2.1.1 Vírus e vetor .....	16
2.1.2 Transmissão .....	17
2.1.3 Classificação e sintomas .....	17
2.1.4 Tratamento .....	18
2.1.5 Notificação .....	18
2.1.6 Cenário da doença .....	19
2.1.7 Combate ao vetor .....	21
2.2 FONTE DE INFORMAÇÃO .....	27
2.2.1 Profissionais de saúde .....	27
2.2.2 Meios de comunicação.....	28
2.3 COMUNICAÇÃO E SAÚDE .....	30
2.4 TERRITÓRIO E SAÚDE.....	32
2.5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS) .....	34
<b>3 OBJETIVOS</b> .....	36
3.1 GERAL.....	36
3.2 ESPECÍFICO .....	36
<b>4 JUSTIFICATIVA</b> .....	37
<b>5 PROBLEMA DE PESQUISA</b> .....	39
<b>6 METODOLOGIA</b> .....	40
6.1 ABORDAGEM DE ESTUDO.....	40
6.2 TIPO DE ESTUDO .....	41
6.3 UNIVERSO DO ESTUDO .....	41
6.4 AMOSTRA .....	44
6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	47
6.6 ESTUDO PILOTO .....	48
6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....	48
6.8 COLETA DE DADOS .....	48

<b>6.8.1 Instrumentos para coleta de dados</b> .....	49
6.8.1.1 Entrevista semiestruturada.....	49
6.8.1.1.1 Técnica de associação livre de palavras (TALP) .....	50
<b>6.9 ANÁLISE DE DADOS</b> .....	51
<b>6.9.1 Programa Excel</b> .....	51
<b>6.9.2 Programa Evoc</b> .....	51
<b>6.9.3 Análise de conteúdo de Bardin</b> .....	52
<b>7 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	53
7.1 DADOS QUANTITATIVOS .....	53
7.1.1 Caracterização da amostra .....	53
7.1.2 Identificação dos bens de consumo duráveis nos domicílios e fontes de informação .....	62
7.1.3 Identificação do conhecimento da população estudada .....	68
7.1.4 Representações sociais da dengue.....	73
7.2 DADOS QUALITATIVOS .....	78
7.2.1 Categoria 1: fator ambiental.....	78
7.2.2 Categoria 2: agente transmissor da doença .....	80
7.2.3 Categoria 3: sinais e sintomas da doença .....	81
7.2.4 Categoria 4: ações de prevenção à doença .....	83
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	86
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	89
<b>ANEXOS</b> .....	103

## 1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral transmitida por mosquitos do gênero *Aedes* que apresenta grande potencial de expansão em praticamente todos os continentes do globo, presente na Ásia, América, África, região leste do Mediterrâneo, sendo endêmica em todas as regiões da Organização Mundial de Saúde (OMS), exceto a região Europeia. Como é considerada uma doença infecciosa febril aguda, o número de casos pode variar substancialmente de um ano para outro. Subnotificações e diagnósticos equivocados são apontados pela OMS como os principais obstáculos para a compreensão do cenário e impacto real da doença (WHO, 2009).

Segundo Abe, Marques e Costa (2012) as epidemias de dengue no continente Americano apresentam um aumento progressivo do número de casos, com maior incidência em adolescentes e adultos jovens, sendo que a forma grave da doença tem atingido cada vez mais as crianças.

No Brasil, de acordo com dados do Ministério da Saúde, as capitais que apresentaram a maiores taxas de incidência (100.00 hab/ano) no período de 2001 a 2011 foram Natal (Rio Grande do Norte), com 2.639,08%, no ano de 2001; Manaus (Amazonas), 2.953,79%, em 2011; Goiânia (Goiás), 3.215,81%, em 2010; Campo Grande (Mato Grosso do Sul), 5.661,72%, em 2007 e Rio Branco (Acre), 9.575,7%, em 2010. As maiores taxas de incidência foram registradas nos anos de 2002 e 2010 (BRASIL, 2014b).

No Estado de Minas Gerais, a maior quantidade de casos confirmados ocorreu nos anos de 2010 (194.636 pessoas) e em 2013 (366.561), com o registro de 303 óbitos por dengue grave no período de 2008 a 2013 (SES-MG, 11/04/2014). Na região nordeste de Minas, a Gerência Regional de Saúde (GRS) de Pedra Azul notificou 5.336 casos de dengue no período de 2010 a 2013, sendo que destes, 3.791 (71,04%) foram registrados neste último ano. A cidade de Pedra Azul tem um relevante peso no número de notificações de dengue nesse período. Foram 620 registros (11,61%), sendo que no ano de 2012, das 245 notificações na GRS, 127 (51,83%) foram deste município. A maior quantidade de casos de dengue em Pedra Azul foi registrada no ano de 2008, com 955 notificações (BRASIL, 2014c).

O cenário atual da doença no mundo, e, em especial no Brasil, país com maior quantidade de casos notificados nas Américas, torna essa doença um inquietante problema de saúde pública (WHO, 2009). Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2010), os modelos para o controle da dengue devem ser integrados e participativos com alcance intersetorial, e, conseqüentemente, com a efetiva participação da sociedade. Em Minas Gerais, o governo considera que a participação da população nas ações de controle da dengue é

importante porque mais de 80% dos focos da dengue encontram-se dentro dos domicílios (SES-MG, 11/04/2014).

A participação social no combate à dengue é destacada, também, no plano de ação da OMS (WHO, 2012). Segundo o documento, deve-se realizar um trabalho de combate à dengue que envolva tanto o governo, quanto autoridades municipais e locais, setores público e privado e representantes da sociedade civil. Para o desenvolvimento das ações, contudo, é preciso que a população tenha o conhecimento necessário para que possa realizar práticas corretas que colaborem para a prevenção da dengue e que as fontes de informação permitam esclarecer eventuais dúvidas, capazes de promover uma mudança de comportamento da população.

Políticas públicas brasileiras de saúde e ações de combate a dengue historicamente são orientadas no controle vetorial, com atuações de campo. No entanto, o controle da dengue necessita ser multidirecionado, com atividades com foco no diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a prevenção da disseminação do vírus (BRASIL, 2002). As mídias e as novas tecnologias de comunicação presentes na sociedade contemporânea devem atuar de maneira a suprir a necessidade social da informação, ampliando a visibilidade das questões coletivas. Quanto menor é a experiência do indivíduo em relação a um determinado assunto, maior é sua dependência dos meios de comunicação para compreender, contextualizar e posicionar-se perante informações e interpretações referentes a esse tema (CAVACA; VASCONCELLOS-SILVA, 2015).

Embora a mídia tenha como característica o poder de repasse de informações em grande escala, há que se observar a qualidade da informação prestada, a forma e o momento em que se veicula a notícia, pois se produzem significados variados que podem tanto concorrer para o esclarecimento e a mobilização popular ou, ao contrário, para a confusão e o alarmismo reativo (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004).

Na cidade de Pedra Azul, o repasse de informações vem sendo realizado por meio de visitas domiciliares, mutirões de limpeza, repasse de materiais impressos, blitz educativas e palestras, principalmente, nas escolas. Porém, a ausência de pesquisas científicas ou outros instrumentos aplicados pelos profissionais de saúde no município impossibilitam aos gestores saberem se as ações educativas estão de fato sendo efetivas, quais são os conhecimentos que a população possui sobre a dengue e quais são as demais fontes que levam informação para a população (GRS PEDRA AZUL, 2014).

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 CARACTERÍSTICAS DA DENGUE

O termo dengue vem do espanhol e que dizer "melindre", "manha". A palavra se refere ao estado de moleza e cansaço em que fica a pessoa contaminada pelo mosquito (SES-RJ, 2014). O vírus da dengue tem como origem os macacos da península da Malásia, que transmitiram os vírus mutantes ao homem. Sua disseminação pelo mundo se deu por meio das embarcações marítimas entre ilhas e países asiáticos, para a África e, posteriormente, para os países do continente Americano (UJVARI, 2008). A suscetibilidade ao vírus é universal e a infecção por um sorotipo produz imunidade sorotipo específica por toda vida e proteção parcial e temporal contra os outros tipos virais. O vírus da dengue pertence ao gênero *Flavivirus*, família *Flaviviridae*, em um grupo de mais de 68 agentes virais agrupados por sua relação filogenética. São vírus de genoma composto por ácido ribonucleico de cadeia simples e que se multiplicam em células de vertebrados e insetos vetores (ABE; MARQUES; COSTA, 2012).

O *Aedes aegypti* é o principal vetor do dengue no Brasil e tem provavelmente suas origens no continente Africano. O mosquito está normalmente presente nos paralelos de 45° N e 35° S e pode colocar seus ovos em diversos tipos de criadouros cuja água independe da chuva, sendo que no Brasil os principais criadouros são os vasos de plantas, pneus, caixas d'água e floreiros em cemitérios. O grau de presença do mosquito dentro das residências dependerá de alguns fatores, como sua habilidade de entrar nas edificações e a utilização das casas como abrigo para repouso, acasalamento e repasto com sangue humano (DONALISIO; GLASSER, 2002).

#### 2.1.1 Vírus e Vetor

Integrante da família dos flavivírus e classificado como um arbovírus, isto é, aquele que é transmitido por insetos ou outros artrópodes, a dengue é uma doença febril aguda, de origem viral, de evolução benigna na forma clássica e grave quando se apresenta na forma hemorrágica. Possui quatro sorotipos diferentes: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4 (BRASIL, 2002).

Os vários sorotipos do vírus da dengue são transmitidos aos seres humanos através da picada de mosquitos *Aedes* infectados, principalmente *Aedes aegypti*, principal vetor da dengue no Brasil. Este mosquito é uma espécie tropical e subtropical amplamente distribuída em todo o mundo, tendo como hábito passar a sua vida dentro ou ao redor das casas onde eles emergem como adultos. Isso significa que são as pessoas infectadas os responsáveis pela disseminação do vírus entre as comunidades; e não o vetor (WHO, 2009).

O mosquito utiliza preferencialmente de depósitos artificiais de água limpa para colocar os seus ovos, embora, haja casos em que são encontrados larvas, inclusive, em águas poluídas. Os ovos têm alta capacidade de resistir à dessecação, mantendo-se viáveis na ausência de água por até 450 dias (TAUIL, 2002).

### **2.1.2 Transmissão**

Os seres humanos são os principais hospedeiros do vírus. A fêmea do mosquito *Aedes aegypti* adquire o vírus após se alimentar de um hospedeiro, espalhando-se sistematicamente por um período de 8 a 12 dias. Após este período de incubação extrínseco, o vírus pode ser transmitido a outros seres humanos durante a picada do mosquito fêmea, sendo esta a única forma de transmissão do vírus. O período de incubação extrínseco é influenciado, em parte, pelas condições ambientais, especialmente temperatura ambiente. Em seguida, o mosquito permanece infectante para o resto de sua vida. Vários fatores podem influenciar a dinâmica de transmissão do vírus – tais como, fatores ambientais, climáticos e fatores imunológicos da população (WHO, 2009). O ciclo de transmissão da doença é homem – *Aedes* – homem, não havendo, portanto, transmissão do vírus por contato direto entre uma pessoa doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia, nem de fontes de água ou alimento (BRASIL, 2009).

### **2.1.3 Classificação e Sintomas**

A doença recebe as seguintes classificações com relação aos aspectos clínicos: Dengue Clássica (DC), Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e Dengue com Complicações (DCC). Na DC, o quadro clínico é muito variável. A primeira manifestação é a febre alta (39° a 40°), de início abrupto, seguida de dor de cabeça, dor muscular, indisposição, artralgia, anorexia, astenia, dor retroorbital, náuseas, vômitos, exantema e prurido cutâneo. Hepatomegalia

dolorosa pode ocorrer, ocasionalmente, desde o aparecimento da febre. Alguns aspectos clínicos dependem, com frequência, da idade do paciente. A dor abdominal generalizada pode ocorrer, principalmente, nas crianças. Os adultos podem apresentar pequenas manifestações hemorrágicas, como petéquias, epistaxe, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematúria e metrorragia. A doença tem uma duração de 5 a 7 dias. Com o desaparecimento da febre, há regressão dos sinais e sintomas, podendo ainda persistir a fadiga (BRASIL, 2002).

A FHD apresenta os sintomas iniciais semelhantes aos da DC, porém, evoluem rapidamente para manifestações hemorrágicas e/ou derrames cavitários e/ou instabilidade hemodinâmica e/ou choque. Os casos típicos da FHD são caracterizados por febre alta, fenômenos hemorrágicos, hepatomegalia e insuficiência circulatória (BRASIL, 2002).

Já a DCC é todo caso grave que não se enquadra nos critérios da OMS de FHD e quando a classificação de DC é insatisfatória. Nessa situação, o quadro é caracterizado com a presença de alterações graves do sistema nervoso; disfunção cardiorrespiratória; insuficiência hepática; plaquetopenia igual ou inferior a  $20.000/\text{mm}^3$ ; hemorragia digestiva; derrames cavitários; leucometria global igual ou inferior a  $1.000/\text{mm}^3$ ; caso suspeito de dengue com evolução para óbito, mas sem todos os critérios de encerramento por FHD (BRASIL, 2011b).

#### **2.1.4 Tratamento**

A DC não tem tratamento específico. A medicação recomendada é apenas analgésicos e antitérmicos (paracetamol e dipirona). O paciente deve ser orientado a permanecer em repouso e iniciar hidratação oral. Na FHD, os pacientes devem ser observados cuidadosamente para identificação dos primeiros sinais de choque. O período crítico é durante a transição da fase febril para a afebril, que geralmente ocorre após o terceiro dia da doença. Em casos menos graves, quando os vômitos ameaçarem causar desidratação ou acidose, ou houver sinais de hemoconcentração, a reidratação pode ser feita em nível ambulatorial (BRASIL, 2002).

Segundo a OMS (WHO, 2009) é difícil definir quando um grupo progride de um estágio não grave para grave, mas esta é uma preocupação importante, pois o tratamento adequado pode evitar que esses pacientes desenvolvam quadros clínicos mais graves.

### 2.1.5 Notificação

Todo caso suspeito deve ser notificado<sup>1</sup>. São considerados casos suspeitos de dengue todo paciente que apresente doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos sinais ou sintomas como cefaleia, dor retro-orbitaria, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não a presença de sangramentos ou hemorragias, com história epidemiológica positiva, tendo estado nos últimos 15 dias em área com transmissão de dengue ou que tenha a presença do *Aedes Aegyti*. Também pode ser considerado caso suspeito a criança proveniente ou residente em área endêmica que apresente quadro febril, sem sinais de localização da doença ou na ausência de sintomas respiratórios (BRASIL, 2011b).

É por meio da notificação que os gestores terão condições de verificar a situação real da doença na população, além de fornecer informações para um diagnóstico precoce e manejo adequado (ABE; MARQUES; COSTA, 2012).

### 2.1.6 Cenário da Doença

Em 2009, documento da OMS (WHO, 2009) já apontava a dengue como a doença viral transmitida por mosquito que mais rapidamente vinha se expandindo no mundo. Nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes com o aumento da expansão geográfica para novos países, inclusive, da zona urbana para a zona rural. Há estimativa era de que 50 milhões de infecções de dengue ocorriam anualmente e cerca de 2,5 bilhões de pessoas viviam em países endêmicos de dengue, sendo que 70% (1,8 bilhão) viviam na região do sudeste da Ásia e na região do Pacífico Ocidental, que eram responsáveis por quase 75% da carga global de doenças devido à dengue. A epidemia de dengue nestas regiões era um importante problema de saúde pública na Indonésia, Mianmar, Sri Lanka, Tailândia, Timor-Leste, Camboja, Malásia, Filipinas e Vietnã, onde vários sorotipos do vírus estavam circulando e onde a dengue era uma das principais causas de hospitalização e morte em crianças.

Nas Américas, a dengue vinha apresentado surtos cíclicos que ocorriam a cada 3-5 anos. O maior surto ocorreu em 2002, com mais de 1 milhão de casos relatados. De 2001 a 2007, mais de 30 países das Américas notificaram um total de 4.332.731 casos de dengue,

---

<sup>1</sup> Registro da doença no sistema de informação.

distribuídos da seguinte forma: 3,9% nos países do Caribe, 12,5% nos países da América Central e México, 19% nos países da Bolívia, Colômbia, Equador, Peru e Venezuela e 64,6% dos casos são registrados nos países da Argentina, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai, sendo o Brasil responsável por 98,5% destes casos (WHO, 2009).

Figura 1. Países/áreas de risco de transmissão da dengue, 2008



Fonte: WHO, 2009.

No Brasil, os primeiros relatos de epidemias de dengue ocorreram no período de 1846 a 1853, no Rio de Janeiro e em São Paulo (BARRETO; TEIXEIRA, 2008). A primeira epidemia de dengue confirmado laboratorialmente ocorreu entre os anos de 1981-1982, na cidade de Boa Vista / Roraima (ZEIDLER et al., 2008). O Estado do Rio de Janeiro foi o primeiro a registrar a circulação simultânea de três tipos de vírus: DEN-1, DEN-2 e DEN-3, o que contribuiu para um elevado número de casos naquela região (LENZI; COURA, 2004).

Em 1986, o sorotipo DEN-1 foi reintroduzido no Brasil e em 1987, 60 mil casos foram registrados no país. No ano de 1990, com a transmissão do DEN-1 e a introdução do DEN-2, o Brasil apresentou os primeiros casos de FHD, com 462 casos e 8 óbitos. Em 2001 houve a introdução do sorotipo DEN-3, apontado como principal responsável pela epidemia de dengue no Brasil no ano de 2002, quando foram notificados aproximadamente 800 mil casos. Em 2008, há registros de mais de 45 mil pessoas hospitalizadas, o que reflete a ocorrência de casos graves da doença (BARRETO; TEIXEIRA, 2008). O DEN-4 foi detectado no Brasil no

mês de julho de 2010, sendo que em Minas Gerais a presença deste sorotipo foi confirmada em setembro de 2011 (SES-MG, 11/04/2014).

Até o ano de 2007, a dengue estava presente em todos os 27 estados da Federação. Contudo, as regiões nordeste e sudeste concentram 86% das notificações. O período de maior registro dos casos nas regiões centro-oeste, norte, sudeste e sul, ocorreu no primeiro trimestre do ano (que são os meses mais quentes) enquanto, na região nordeste, a maior concentração ocorreu no segundo trimestre (CAMARA et al., 2007).

Entre 2000 a 2010, foram notificados cerca de quatro milhões de casos de dengue no Brasil (ABE; MARQUES; COSTA, 2012). No período de 2010 a 2013 foram 1.759 mortes em decorrência da doença no território nacional (BRASIL, 2014b), sendo que 263 destas (14,95%) ocorreram no Estado de Minas Gerais, que registrou ainda 615.387 casos confirmados de DC, 333 FHD, 1.765 DCC. No território mineiro, os períodos de maior ocorrência de casos de DC foram nos anos de 2010, com 194.636 registros, e, em 2013, ano da pior epidemia de dengue na sua história, com 366.561 casos confirmados (SES-MG, 11/04/2014).

Na região nordeste de Minas Gerais, composta pelas Regiões de Saúde de Pedra Azul e Teófilo Otoni, foram confirmadas 11 mortes por dengue no ano de 2013, com seis mortes em Teófilo Otoni, duas em Carlos Chagas, e uma em Águas Formosas, Frei Gaspar e Itambacuri. Todos os óbitos ficaram concentrados na Região de Teófilo Otoni (SES-MG, 11/04/2014). Na Região de Pedra Azul, composta por 25 municípios, todos com menos de 40 mil habitantes, foram notificados 5.336 casos de dengue no período de 2010 a 2013, sendo que destes, 3.791 (71,04%) foram registrados neste último ano. O município de Pedra Azul tem um relevante peso no número de notificações de dengue nesse período. Foram 620 registrados (11,61%), sendo que no ano de 2012, dos 245 casos na região, 127 (51,83%) foram do município de Pedra Azul (BRASIL, 2014c).

### **2.1.7 Combate ao Vetor**

Entre as medidas de combate ao mosquito consta o manejo ambiental, com mudanças no meio ambiente que impeçam ou minimizem a propagação do vetor, evitando ou destruindo os criadouros potenciais do *Aedes*. Já o controle químico, agressivo ao meio ambiente, consiste em tratamento focal (elimina larvas), peri-focal (em pontos estratégicos de difícil acesso) e por Ultra Baixo Volume (UBV) - “fumacê”, que elimina os mosquitos adultos. Entre

as medidas de controle biológico estão os predadores do tipo peixes larvófagos, podendo ser utilizados para bebedores de grandes animais, fossos de elevador de obras e piscinas abandonadas (BRASIL, 2002; DONALISIO; GLASSER, 2002).

A utilização em repetidas aplicações do inseticida acaba por gerar a resistência ao produto. Enquanto o inseticida mata alguns mosquitos suscetíveis, outros tornam-se resistentes e transferem essa característica para os seus descendentes. Por essa razão, novos inseticidas são criados, com uma determinada frequência, devendo ser evitado sua utilização em locais onde não há uma situação crítica de combate ao mosquito (DONALISIO; GLASSER, 2002).

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como a forma mais importante de se combater o mosquito da dengue, tendo em vista que a maioria dos focos está dentro das residências e a colaboração da população torna-se fundamental para o êxito da campanha de combate à dengue. Seja através dos meios de comunicação de massa, como TV, rádio ou jornal, ou por meio dos profissionais de saúde, através de visitas domiciliares ou palestras, a população deve ter acesso às informações sobre a doença, sobre o vetor e sobre as medidas de prevenção e controle para que possa saber como agir para ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar a doença (BRASIL, 2002).

Na época do higienismo (que predominou até o início do século XX), havia no Brasil um entendimento de que o povo era incapaz de maiores entendimentos e as poucas atividades educativas relacionadas à saúde tinham um caráter normativo, com instruções a serem seguidas, e sem que houvesse qualquer possibilidade de participação popular. Legitimou-se, também, a ideia que atribui ao indivíduo a total responsabilidade por sua saúde (culpabilização da vítima), e, acreditava-se que a simples divulgação de informativos seria suficiente para gerar a mudança de comportamento da população. A primeira grande transformação de mentalidade nas atividades da educação sanitária ocorreu em 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), que reconheceu a educação sanitária como atividade básica de seus planos de trabalho, atribuindo aos diversos profissionais, a responsabilidade das tarefas educativas, junto a grupos de gestantes, mães, adolescentes e à comunidade em geral (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Diferentemente da educação sanitária que tem como concepção que o indivíduo tenha que cuidar de sua própria saúde, vista apenas como ausência de doença, a educação em saúde visava não apenas o repasse de informações, mas a transformação de saberes existentes, sem a imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional de saúde, mas, sim, pela sua compreensão de saúde. Com isso, a educação em saúde visa a comunicação dialógica, capaz de preparar os indivíduos para decidirem quais as estratégias mais apropriadas para que ele

possa promover, manter e recuperar sua saúde. Embora representem concepções totalmente diferentes, a educação sanitária e a educação em saúde continuam a coexistir, de modo simultâneo, nas ações desenvolvidas por profissionais com variadas formações (SOUZA; JACOBINA, 2009).

“Com esse raciocínio, é frequente encontrarmos atividades baseadas nas palestras prescritivas de hábitos e condutas, tratando a população usuária de forma passiva, transmitindo conhecimentos técnicos sobre as doenças e como cuidar da saúde, sem levar em conta o saber popular e as condições de vida dessas populações. Muitas vezes, a culpabilização do próprio paciente por sua doença predomina na fala do profissional de saúde, mesmo que este conscientemente até saiba dos determinantes sociais da doença e da saúde” (SOUZA; JACOBINA, 2009, p.625).

As políticas públicas de saúde tiveram no século XX, significativos avanços com a discussão de que a promoção à saúde vai além dos cuidados com a saúde. A importância do estilo de vida (comportamento) como foco principal, ao lado da biologia humana e fatores ambientais são as principais causas de morbimortalidade. Destacam-se, neste período, a Declaração de Alma-Ata para a Atenção Primária à Saúde, de 1978, e a Carta de Ottawa, em 1986, que ampliou o conceito de promoção da saúde para além de um estilo de vida saudável, indicado como pré-requisitos básicos para alcançar saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. As dimensões socioeconômicas, políticas e culturais incidem sobre as condições de saúde, não sendo, assim, responsabilidade exclusiva do setor saúde (BRASIL, 2011a).

“Além disso, a Carta de Ottawa indica que a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos para estabelecer estratégias que devem refletir as necessidades locais e as diferenças socioeconômicas e culturais para a construção de políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis, reforçar a ação comunitária na direção dos assuntos de saúde, desenvolver habilidades pessoais através da divulgação de informação, educação para a saúde e reorientar os serviços de saúde para a promoção da saúde com a participação da comunidade e de outros setores” (BRASIL, 2011a, p.158-159).

No Brasil, o conceito ampliado de saúde e a associação entre determinantes sociais e condições de saúde tiveram contribuição significativa a partir do movimento da reforma sanitária brasileira, especialmente nas discussões ocorridas durante a VIII Conferência Nacional de Saúde Brasil, de 1986 (BRASIL, 2011a). Com a Constituição Federal, de 1988, no artigo 198, as ações e serviços públicos de saúde passaram a funcionar de modo descentralizado, com atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas e

com a participação da comunidade (BRASIL, 1988). Já a lei 8.142, de 1990, estabeleceu a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Conferência e do Conselho de Saúde (BRASIL, 1990). Com a implementação do Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 1990, os profissionais passam a desenvolver práticas educativas em saúde, com ênfase nas ações preventivas e promocionais (SOUZA; JACOBINA, 2009).

Peruzzo (1998) estabeleceu três modalidades de participação social. A primeira é a participação passiva, onde o indivíduo se submete e delega o poder a outra pessoa. Já a participação controlada é quando segmentos da população e de organizações populares tem uma relação assimétrica de poder com os órgãos do poder público. Por fim, a participação – poder é aquela em que a participação seria de fato democrática, ativa e autônoma, sem manipulação, sendo o exercício do poder partilhado.

Para Henriques (2004), a população pode ser classificada em três níveis: o de beneficiados, legitimadores e geradores. Os beneficiados são todas as pessoas e instituições que estão dentro da área de abrangência de um determinado projeto. Os legitimadores são aqueles que possuem informações sobre o projeto, são capazes de julgá-lo como útil e importante, podendo ou não aderir à causa. Já os geradores são aqueles que efetivamente participam das ações do projeto. Para Henriques (2004), o ideal é que haja um aumento do número de legitimadores, o que acontecerá se beneficiados passarem a ter acesso às informações suficientes para que possam fazer julgamentos, podendo, inclusive, vir a ser um gerador, caso passe ao nível de ação.

Especificadamente, com relação à dengue, a participação da população é considerada primordial, tendo em vista que a maioria dos focos do mosquito encontra-se dentro das residências (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004). Porém, segundo Lenzi e Coura (2004), tal participação ainda tem sido pouco incentivada. Assim, naquelas regiões com nenhum ou com poucos casos notificados, a efetiva participação da população ficaria comprometida, seja porque ela não tem acesso às informações necessárias para que conheça a doença, ou, porque não há qualquer outro incentivo para que ela seja mobilizada. No cenário oposto, quando o número de casos é elevado, a população começa a receber uma quantidade maior de informação e orientações para que possa ela mesma fazer as ações de controle.

“É fundamental frisar que a campanha de combate à dengue primeiramente requer a efetiva participação do setor público, responsável pelo saneamento básico e abastecimento de água, principalmente junto às áreas urbanas menos favorecidas dando condições mínimas à população para se prevenir contra várias doenças. Não é impossível controlar os níveis de infestação do *A. aegypti* em nosso território, de

forma a reduzir ao mínimo a circulação da dengue. Precisamos para isso, que o governo faça a sua parte e que a sociedade seja, de fato, considerada aliada, e para tal, precisa ser respeitada e bem informada para que possa exercer seu papel, controlando e colaborando com o processo em toda a sua extensão” (LENZI; COURA, 2004, p.349).

Para Armindo et al. (2013), o cenário epidemiológico da dengue no estado de Minas Gerais no ano de 2013, com mais de 250 mil casos notificados e 99 óbitos, reforça a necessidade de realização de ações que sejam integradas, com processos educativos permanente por parte dos profissionais de saúde e mobilização da população com práticas cooperativas de cuidado domiciliar e ambiental.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS, 2010), os modelos para o controle da dengue nas Américas não eram suficientemente integrados e participativos porque as ações ficavam limitadas ao setor da Saúde, sem alcance intersetorial, e, conseqüentemente, sem a efetiva participação da sociedade. Para superar esse cenário, a OPAS sugeriu que se rompesse com os esquemas verticais e paternalistas tradicionais e que se promovesse a mudança de comportamento e o empoderamento dos cidadãos segundo as particularidades regionais. O objetivo era reforçar os mecanismos de prevenção e controle da dengue mediante a participação comunitária, a educação sanitária e a coordenação de ações entre diversos setores, governamentais e não governamentais.

Para alcançar esse objetivo foram criados grupos de trabalho que buscavam estratégias para modificar o comportamento dos indivíduos e da comunidade, visando a diminuição dos fatores de risco de transmissão da doença. As novas ações deveriam ser, portanto, horizontais, intersetoriais, interprogramáticas. A inclusão da comunidade como participante forte nas ações de prevenção era uma das grandes novidades da proposta (OPAS; OMS, 2003).

A mais recente e importante ação de combate à dengue e que prevê a participação da população é o plano da OMS (WHO, 2012) intitulado ‘*Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020*’ (Estratégia global para prevenção e controle da dengue, 2012-2020). O documento destaca que o Brasil teve 1,2 milhão de casos notificados em 2010, e que, em escala internacional, os esforços realizados não têm sido suficientes para reduzir a morbidade e a mortalidade. Segundo a OMS, a mortalidade por dengue pode ser reduzida através da implementação de sistemas de detecção e encaminhamento de casos mais cedo para os pacientes; gestão de casos graves com tratamento adequado; reorientação dos serviços de saúde para lidar com surtos de dengue; e treinamento de pessoal de saúde em todos os níveis do sistema de saúde. Já a morbidade por ser reduzida através da implementação de uma melhor previsão de surto e detecção através da coordenação da vigilância epidemiológica e

entomológica; promover os princípios de manejo integrado de vetores; implantação de medidas de controle de vetores localmente adaptadas, e através de comunicação para atingir os resultados comportamentais em programas de prevenção (WHO, 2012).

A participação social também é destacada neste documento da OMS, que ressalta que o trabalho de combate à dengue deve envolver uma colaboração e coordenação intersetorial, por meio do governo (saúde, meio ambiente, educação, etc), as autoridades municipais e locais, setores público e privado, e, representantes da sociedade civil. A mobilização deste público e a alocação de recursos são cruciais para a implementação bem sucedida das estratégias. Além do mais, as comunidades devem estar bem informadas sobre os sinais e sintomas precoces, a fim de que possam melhorar o seu comportamento e cuidar da própria saúde. A iniciativa da população de procurar os serviços de saúde no aparecimento dos primeiros sintomas da doença é fundamental para a intervenção precoce (WHO, 2012).

“A mortalidade por dengue pode ser reduzida a quase zero por meio da implementação oportuna, manejo clínico adequado, que envolve o diagnóstico laboratorial e clínico precoce, reidratação intravenosa, treinamento de pessoal e reorganização hospitalar” (WHO, 2012, p.8).

Segundo a OMS (WHO, 2012), os componentes de resposta importante, incluem, entre outros fatores, os esforços de controle de vetores, a comunicação com os parceiros e os meios de comunicação de massa. Entre as 10 áreas prioritárias para o planejamento de resposta de emergência da dengue, estão às propostas de envolver a comunidade e grupos profissionais relevantes sobre o controle da doença, bem como a sua participação na prevenção e controle da dengue; e, o *manage the mass media* (gerenciamento dos meios de comunicação de massa). Para a OMS, o conhecimento é um pré-requisito para a ação, mas nem sempre consegue convencer e persuadir as pessoas a agir. Por isso, a OMS implementou a *Communication for Behavioural Impact* (COMBI) que é uma metodologia de planejamento sistemática para projetar e implementar estratégias de comunicação comportamental com foco para modificar comportamentos associados a dengue e outras doenças transmitidas por vetores. As intervenções comportamentais e sociais iriam preparar as comunidades para possíveis medidas de saúde pública e promover a redução de risco. Tais medidas evidenciaram a importância dada à participação social na estratégia de combate à doença (WHO, 2012). Para Taail (2002), a população de uma área infestada por *Aedes aegypti* deve ser bem informada sobre a doença e suas características clínicas para que possa buscar assistência médica precocemente ao perceber os sintomas da doença.

## 2.2 FONTES DE INFORMAÇÃO

### 2.2.1 Profissionais de Saúde

Todos os profissionais de saúde têm um importante papel nas ações de vigilância em saúde e no controle da dengue. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes Comunitários de Endemias (ACE), em razão de suas atribuições como educadores em saúde e por atuarem nos territórios, realizando visitas domiciliares, acabam por se destacar como importantes atores que atuam como elo entre os serviços de saúde e a população. A prevenção de doenças e a promoção da saúde são atribuições do ACS, enquanto o ACE atua na vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde (BRASIL, 2006).

Assim, o papel de educador em saúde (promoção da saúde) é uma atribuição tanto do ACS quanto do ACE. Eles devem informar aos moradores sobre o que é a doença e o vetor, quais os sintomas e riscos, medidas de prevenção, como evitar e eliminar locais que possam oferecer riscos para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*. Também devem promover reuniões com a comunidade com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, notificar e encaminhar os casos suspeitos para as Unidades Básicas de Saúde, entre outras atribuições (BRASIL, 2009).

Martines e Chaves (2007) destacaram que o ACS por ter um vínculo maior com a população, tende a conhecer melhor as formas cotidianas de viver, de significar da vida e o comportamento das famílias locais. A própria população, quando quer ter acesso a uma informação, fazer uma reclamação ou buscar uma solução de um problema mais grave, tenderia a buscar, em primeiro lugar, o contato com o ACS. Os autores criticaram, contudo, o excesso de atividades do ACS e a falta de capacitação, o que pode prejudicar o desenvolvimento das ações educativas.

Segundo Armindo et al. (2013), a ação de conversa diária que o agente tem com os moradores estaria, na verdade baseado em uma pedagogia verticalizada, com a replicação de falas da mídia e dos demais profissionais de saúde. Nesse sentido, o conhecimento e o diálogo horizontal com os moradores ficariam em um segundo plano. Por sua vez, Sales (2008) defende que no setor saúde, as prioridades e os conhecimentos educativos não levariam em consideração as particularidades da população (razões, interesses e saberes). Os profissionais de saúde realizam o trabalho de rotina, de visita às residências, mas, não realizam um diálogo com a população, ora passando uma mensagem unidirecional, ora atuando como fiscalizador da residência. Assim, predominaria uma dificuldade em aceitar que a população seja, de fato,

capaz de ser um agente transformador, que capta a mensagem, interpreta-a e executa as ações preventivas. Outra limitação é o fato das ações serem pontuais, realizadas em períodos em que há o aumento do número de casos e ou condições climáticas favoráveis para a proliferação do mosquito. Estratégias autoritárias e coercitivas, que visam tornar a população em meras receptoras de mensagens, também são apontadas como falhas no processo de planejamento. Para Souza e Jacobina (2009), a abordagem dos profissionais de saúde não deve focar apenas na assistência curativa, mas buscar dimensionar os fatores de risco à saúde (prevenção, promoção, recuperação e tratamento).

Em consonância com o discurso de Sales (2008), sobre a dificuldade dos profissionais de saúde em aceitar a população como parceira no combate à doença, um estudo realizado com ACE's da região metropolitana de Belo Horizonte mostrou que as ideias centrais destes profissionais apontavam para um discurso de culpabilização da população, ora defendendo que ainda “falta conscientização e educação” por parte da população, ora informando que os agentes não são bem aceitos nas residências, além do morador não realizar a limpeza de suas próprias casas (ARMINDO et al., 2013).

### **2.2.2 Meios de Comunicação**

A utilização dos meios de comunicação para a educação em saúde no Brasil é utilizada com frequência nas campanhas realizadas pelo governo, com o objetivo de repassar informações e buscar uma mudança de comportamento da população. Uma análise das matérias publicadas pelo principal jornal diário da capital do estado de Minas Gerais destaca o papel do governo como fonte de informação para a imprensa. Das 446 notícias sobre a dengue publicadas no período de 1996 a 2000, 84% foram de fontes oficiais, sendo 58% destas da Secretaria Municipal de Saúde (SMS). França, Abreu e Siqueira (2004) salientaram que os meios de comunicação têm como característica dar destaque à dengue quando esta se manifesta em forma epidêmica. Um exemplo disto seria que este jornal teria concentrado 70% de suas matérias sobre o tema no ano de 1998, quando o estado teve a maior quantidade de casos notificados no país.

“A prioridade na cobertura das epidemias atende a atributos fundamentais da notícia jornalística – a abrangência e atualidade desses acontecimentos, isto é, o potencial de o agravo atingir indistintamente um grande número de pessoas, aqui e agora. É por essa razão que as epidemias despertam o interesse da mídia, funcionando como

temas que captam e fixam a atenção do público” (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004, p.1339).

Em diversos países a televisão e o rádio, assim como as equipes de visitantes sanitários e a escola, são as principais fontes de informação (CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004). No Brasil, um estudo realizado na cidade de Campinas, São Paulo, indicou a televisão (77,1%) como a principal fonte de conhecimento declarada pela população, seguido por profissionais de saúde (35,9%), escola (14,5%) e rádio (1,4%) (DONALISIO; ALVES; VISOCKAS, 2001). A televisão, o rádio e a conversa informal com outras pessoas foram as principais fontes de informação relatadas pelas pessoas que moram em uma área urbana favelizada vizinha à Fundação Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro (LENZI et al., 2000).

Lenzi e Coura (2004) destacaram que o governo tem buscado utilizar os meios de comunicação para orientar a população, utilizando-se de televisão, jornal, rádio, cartazes, faixas, outdoors e folhetos. A circulação de informações adequadas sobre a dengue seria essencial para que os indivíduos pudessem ter o conhecimento necessário para adotar medidas colaborativas para a eliminação do mosquito. A divulgação frequente de informações na pauta da mídia deveria ser incentivada como forma de se realizar um trabalho gradual e pedagógico direcionado à população.

“O problema de assimilação e compreensão das informações relativas ao dengue pode estar baseado no caráter não permanente de divulgação e na forma pela qual elas são elaboradas e passadas à população – fragmentadas, incompletas e, de modo predominante, por meios de comunicação de massa que impossibilitam a discussão e a possibilidade de eliminação de dúvidas, gerando assim uma compreensão parcial do problema e miscelânea de interpretações. Entretanto, a televisão e o rádio, em virtude de serem bens aos quais a maioria da população tem acesso, poderiam ter papel relevante nas campanhas de saúde, pela possibilidade de promover programas de caráter interativo, divulgando permanentemente informações mais completas e criando um espaço de discussão entre os ouvintes” (LENZI et al., 2000, p. 853).

Outro ponto a ser considerado é a qualidade das informações que são repassadas nos meios de comunicação. Estudo realizado por Armindo, Diniz e Schall (2011), identificou nos materiais educativos impressos em circulação no município de Sabará (MG) orientações incorretas ou palavras que podem não ser compreendidas pela população leiga, como ‘prostração, petéquias, exentema e hipotensão’.

## 2.3 COMUNICAÇÃO E SAÚDE

A comunicação é inerente ao comportamento humano e permeia todas as suas ações no desempenho de suas funções. Etimologicamente, o termo comunicar provém do latim *comunicare* e significa *pôr em comum*. Portanto, a comunicação pode ser entendida como “um processo de troca e compreensão de mensagens enviadas e recebidas”, a partir das quais as pessoas se percebem, partilham o significado de ideias, pensamentos e propósitos (COSTA, 2004).

Para Freire (1983, p.44) a comunicação está no centro do processo do pensamento: “Todo ato de pensar exige um sujeito que pensa, um objeto pensado, que mediatiza o primeiro sujeito do segundo, e a comunicação entre ambos, que ocorre por meio de signos linguísticos. O mundo humano é, desta forma, um mundo de comunicação”.

Comunicação envolve competência interpessoal nas interações e é a base do relacionamento entre seres humanos, além de ser um processo vital e recíproco capaz de influenciar e afetar o comportamento dos indivíduos. O ato comunicativo, enquanto fenômeno interativo e interpretativo revela a relação necessária entre os seres humanos uma vez que é a partir do processo comunicacional que se compartilha vivências, angústias e inseguranças ao mesmo tempo em que são satisfeitas as necessidades enquanto seres de relação. Portanto, a comunicação é um importante fator na compreensão do êmico, ou seja, do vivido pelos sujeitos, sendo essencial para um cuidado em saúde que vislumbre melhor assistência ao paciente que está vivenciando a ansiedade e o estresse decorrentes do processo de doença (MORAIS et al.,2009) .

A comunicação possui uma estreita relação com a área da saúde a partir da interação profissional-paciente, bem como pela disseminação dos conhecimentos nas diferentes áreas do conhecimento. Ações de prevenção e promoção à saúde dependem de estratégias de comunicação bem elaboradas, capazes de propiciar, aos cidadãos, informações precisas, éticas e socialmente responsáveis. Tais estratégias mostram-se essenciais para que haja uma maior prevenção de doenças e na definição de políticas públicas, em benefício, principalmente, daquelas populações menos favorecidas (BUENO, 2001).

Campanhas de saúde exitosas no Chile foram possíveis graças às estratégias de comunicação utilizadas (intrapessoal, interpessoal e massiva), onde cada uma delas era utilizada levando em consideração à natureza do problema de saúde, ora com a priorização de comunicação interna, ora com a utilização da mídia de ampla divulgação (CASTELLÓN;

ARAOS, 2001).

Para o médico francês, Henry Sigerist, a promoção da saúde é um processo de capacitação dos indivíduos e da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo o controle sobre os determinantes da saúde e defende que os profissionais de saúde devem priorizar as ações de promoção à saúde, sendo a prevenção a segunda ação mais importante. Já as ações curativas deveriam ser consideradas a terceira (e última), pois sua utilização está relacionada a falhas no processo de prevenção. Nesse sentido, estratégias de comunicação em saúde bem elaboradas e executadas seriam essenciais para que ações curativas sejam menos recorrentes. Entidades internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), consideram que a comunicação possui um papel fundamental para materializar e disseminar as políticas de saúde, sendo, portanto, capaz de contribuir para a melhoria dos serviços de saúde (BELTRÁN, 2001).

No Brasil, a relação entre comunicação e políticas públicas de saúde surgiu de, forma mais explícita, quando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), criado em 1920, incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para combater as epidemias e promover uma mudança de hábitos da população, visando medidas higiênicas. A desinformação passa a ser considerada uma doença, cabendo à comunicação o papel de promover saúde e mobilizar a população (ARAÚJO; CARDOSO, 2007).

Segundo Araújo; Cardoso (2007) há relação entre comunicação e os princípios doutrinários (universalidade, equidade e integralidade) e organizativos (descentralização, hierarquização e participação) do Sistema Único de Saúde (SUS). A comunicação deveria ser universal, possibilitando o acesso ampliado e facilitado à informação; com equidade, visando promover diferenciações sociais e perceber as particularidades territoriais, para que a linguagem e o meio a ser utilizado sejam capazes de apreender a atenção do cidadão; e, integral, com práticas da escuta e reconhecimento do outro, buscando a interação, os múltiplos sentidos e a democratização das falas. Já com relação aos princípios organizativos do SUS, a comunicação deveria promover a descentralização das falas, com o envolvimento de diversas instituições como fontes de informação e a hierarquização, onde os diversos atores possam ter seu direito assegurado de emitir suas opiniões. Já a participação da população, muitas vezes orientada para acontecer por meio dos conselhos organizados, tem na comunicação uma importante aliada, uma vez que a comunicação universal, equitativa, integral, descentralizada e hierarquizada possibilitará um fortalecimento do processo de controle social.

## 2.4 TERRITÓRIO E SAÚDE

O SUS, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF), organiza a gestão dos serviços de saúde, considerando-se uma delimitação espacial previamente determinada. Este espaço político-administrativo comporta uma dinâmica interação entre uma população específica, que vive um determinado tempo e espaço, com suas particularidades. Cada território é composto por problemas de saúde específicos e conhecer sua dinâmica é fundamental para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para a avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Antes das Normas Operacionais Básicas (NOB), os municípios brasileiros não possuíam autonomia para gerenciar integralmente o seu território, e, conseqüentemente, a intervenção sobre este não respeitava suas particularidades. Com a NOB, há uma tentativa de definição de critérios populacionais para a destinação de recursos e estímulo à implementações de inovações como o PSF, hoje denominado ESF, que representou um avanço no fortalecimento da gestão municipal, com a identificação e resolução de problemas de saúde no território (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

Para Teixeira, Paim e Villasbôas (1998), a territorialização do sistema municipal de saúde deve ser a primeira ação a ser executada pelos profissionais de saúde para elaborar o planejamento das ações. A territorialização seria a busca de conhecimento sobre o território e sua população – quais são suas condições de vida, saúde e acesso às ações e serviços de saúde. Os profissionais de saúde deveriam conhecer as características demográficas, socioeconômicas, político-culturais, epidemiológicas e sanitárias da população para que pudessem construir mapas básicos (contém a delimitação territorial do município) e temáticos do município (localização espacial dos serviços de saúde e outros, e as vias de acesso aos serviços). O processamento das informações e a sua projeção em mapas permite a identificação de vários territórios superpostos e delimitação de microáreas em função das condições de vida. Outra possibilidade seria mapear os principais problemas que atingem grupos populacionais e até grupos de famílias específicos em determinadas ruas e bairros.

“O propósito fundamental desse processo de territorialização é permitir a definição de prioridades em termos de problemas e grupos, o mais aproximadamente possível, o que se refletirá na definição das ações mais adequadas, de acordo com a natureza dos problemas identificados, bem como na concentração de intervenções sobre grupos priorizados e, conseqüentemente, em um maior impacto positivo sobre os

níveis de saúde e as condições de vida” (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998, p. 20).

Outro fator que determinará como o Estado irá intervir suas políticas públicas no território é através do modelo de saúde adotado. No modelo médico assistencial (biomédico), a saúde é vista como ausência de doença e é dada ênfase à assistência médico-hospitalar; no modelo assistencial sanitarista (processual), o foco são as campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária, com atuação sobre o risco. No modelo sistêmico, a saúde decorre de várias causas (fatores intrínsecos e extrínsecos), e o todo deveria ser considerado (célula, órgão, indivíduo, família e sociedade) (TEIXEIRA; PAIM; VILLASBÔAS, 1998).

Para Schneider e Tartaruga (2004) o território é entendido a partir das relações de poder que são projetadas no espaço pelas pessoas. Raffestin (1993) afirmou que o território se forma quando um indivíduo se apropria de um espaço concreta ou abstratamente (por exemplo, pela representação). Nesta perspectiva, o território é um espaço onde se projetou um trabalho e, conseqüentemente, é marcado por relações de poder. O espaço comportará múltiplos territórios, como regiões administrativas e econômicas, que quase nunca ocupam a mesma dimensão. Assim também ocorre com a organização dos serviços de saúde, educação e assistência, que respondem a uma lógica própria de dimensão e organização territorial.

Haesbaert e Limonad (2007) consideraram que o espaço (geográfico) é mais amplo que o território, este entendido como uma construção social e histórica, marcado por relações de poder. Para eles, o território possui três linhas de abordagem: jurídico-política (poder exercido pelo Estado-nação e diversas organizações políticas), culturalista (ênfase nos indivíduos e grupos étnico-culturais, considerando-se o imaginário e/ou a identidade social) e a econômica (território visto como produto espacial do embate entre classes sociais e da relação capital-trabalho). Haveria também uma dimensão material e/ou natural do espaço, mas esta não deveria ser sobrevalorizada.

Uma das principais diferenças entre espaço e território, apresentada por Monken et al. (2008), é de que o espaço não faz referência a limites e ao acesso, enquanto o território recorda os limites e as restrições ao acesso dos que a ele não pertence. Tais limites territoriais são utilizados na área da saúde como estratégia para a coleta de organização de dados, porém, os processos sociais e ambientais transcenderiam esses limites. A implantação do SUS seria um exemplo de reformulação territorial na saúde, com o funcionamento dos seus serviços atendendo uma organização político-administrativa.

Reconhecer o território e as características sociais e de saúde da população é um importante ponto de avaliação do impacto de serviços sobre os níveis de atenção. Tal reconhecimento permite também o desenvolvimento de um vínculo entre os serviços de saúde e a população, mediante práticas de saúde orientadas por categorias de análise de cunho geográfico (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

## 2.5 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

O conceito de representação social (RS) tem aparecido, com frequência, em trabalhos de diversas áreas. Com fundas raízes na Sociologia, e uma presença marcante na Antropologia e na história das mentalidades, o termo ganhou espaço na década de 60, com a obra do psicólogo social Serge Moscovici ‘La Psychanalyse, son image, son public’ (*A Psicanálise, sua imagem, seu público*).

Porto (2006) argumentou que as representações sociais tiveram como base as representações coletivas, de Emile Durkheim. Moscovici trabalhou, revisou e sistematizou o termo na Psicologia Social, rebatizando-o como representações sociais, sendo que este trabalho tem influenciado nas últimas quatro décadas pesquisadores tanto da Europa quanto nas Américas, com diversos estudos já realizados no Brasil. A “noção” de representações sociais pode ser um caminho fértil para a apreensão de crenças e valores, sendo estes, o conteúdo por excelência das representações sociais. O conhecimento via representações sociais poderia ser classificado como de segundo grau, não por ser menos relevante, mas por se chegar a ele por meio da interrogação da realidade através do que se pensa sobre esta.

Na concepção de Oliveira (2004), a principal preocupação de Moscovici seria compreender como o tripé grupos, atos e ideias constituem e transformam a sociedade. Assim, ele procurou entender como a produção de conhecimentos plurais constitui e reforça a identidade dos grupos, como influi em suas práticas e como estas reconstituem o pensamento do grupo. Através das representações sociais, Moscovici não pretendia compreender a realidade, mas sua representação, pois é através desta que se movem indivíduos e coletividades.

Essa teoria está relacionada com a ideia de que a realidade é socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito. A representação social não seria uma cópia nem um reflexo da realidade, mas, uma tradução, uma versão desta (ARRUDA, 2002).

Para Franco (2004), as representações sociais são elementos simbólicos que os homens expressam mediante o uso de palavras e de gestos, sendo historicamente construídas. Elas estão estreitamente vinculadas aos diferentes grupos socioeconômicos, culturais e étnicos que as expressam por meio de mensagens e que se refletem nos diferentes atos e nas diversificadas práticas sociais.

Estudar as representações sociais é, portanto, buscar conhecer o modo como os indivíduos constroem saberes e identidades, atribuindo aos objetos diversos significados e, principalmente, construindo códigos culturais que são multáveis, pois definem, em cada momento histórico, as regras de uma comunidade (CAVALCANTE; MINAYO, 2009).

Diante do exposto, e, para alcançar o objetivo desta pesquisa, trabalhar-se-á com o conceito de representação social equivalente dos substratos verbais ou verbo-narrativo das representações, pois segundo Lefevre, Lefevre e Marques (2009), as representações são fenômenos complexos que extrapolam largamente suas manifestações verbais. Para estes autores, a representação não é o que as pessoas pensam, mas o signo ou a manifestação, ou tradução verbal e também discursiva e narrativa do que as pessoas pensam. O que formam as representações são os esquemas sociocognitivos utilizados para emitirem, no cotidiano de suas vidas, juízos ou opiniões, que são condições necessárias para viver e se comunicar em sociedade. Tais esquemas sociocognitivos são acessáveis através de depoimentos individuais, através de pesquisas sociais que comportem uma dimensão qualitativa e quantitativa.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 GERAL**

Identificar o conhecimento e fontes de informações relacionadas à dengue entre indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul.

#### **3.2 ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a amostra estudada;
- Identificar a Representação Social da dengue nos grupos G1 e G2.

#### 4 JUSTIFICATIVA

O grande potencial de expansão da dengue tem contribuído para que a doença seja considerada um dos principais problemas de saúde pública em escala mundial. Além dos elevados custos relacionados com as hospitalizações, com uma estimativa de 50 milhões de infecções anuais no mundo, a dengue é uma das principais causas de mortes em crianças (WHO, 2009).

No Brasil, os casos de epidemias de dengue são frequentes, como as que ocorreram nos anos de 2002 e 2010 (BRASIL, 2014b). Em Minas Gerais, a reintrodução do sorotipo DEN-4, após quase 30 anos sem sua circulação, deixou a população susceptível a este vírus. Os quatro sorotipos da dengue estão presentes no Estado que registrou, em 2013, a maior quantidade de casos confirmados da doença em seu território, com mais de 350 mil casos e 117 mortes, sendo 11 destas (9,40%) na macrorregião nordeste, o que mostra a gravidade da doença na região na qual a cidade de Pedra Azul está adscrito (SES-MG, 11/04/2014).

O histórico epidemiológico e a alta taxa de incidência de dengue em Pedra Azul destacam a relevância da doença no município, que vivenciou uma grande epidemia no ano de 2008. Embora o município não registre mortes em decorrência da doença, o elevado número de pessoas acometidas por dengue pode contribuir para que a forma grave da doença piore o estado clínico do indivíduo e leve-o ao óbito (BRASIL, 2014c). Além do mais, por ser referência na região – sede de uma Unidade Regional de Saúde <sup>2</sup> – o município recebe frequentemente a visita de profissionais de saúde dos demais 24 municípios adscritos na GRS de Pedra Azul, o que pode representar um fator de risco para que o vírus circule nestes municípios, já que segundo a OMS (WHO, 2009) as pessoas infectadas são as responsáveis pela disseminação do vírus entre as comunidades.

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como a forma mais importante de se combater o mosquito da dengue, tendo em vista que a maioria dos focos está dentro das residências e a colaboração da população torna-se fundamental para o êxito da campanha de combate à dengue. Seja através dos meios de comunicação de massa, como TV, rádio ou jornal, ou por meio dos profissionais de saúde, através de visitas domiciliares ou palestras, a população deve ter acesso às informações sobre a doença, sobre o vetor e sobre as medidas de prevenção e controle para que possam saber como agir para ajudar a reduzir e, posteriormente, eliminar a doença (BRASIL, 2002). Contudo, na cidade de Pedra Azul, pouco

---

<sup>2</sup> A Secretaria de Estado de Saúde possui 28 Unidades Regionais de Saúde no Estado de Minas Gerais. A região nordeste possui duas Unidades, uma na cidade de Pedra Azul e outra na cidade de Teófilo Otoni.

se sabe sobre qual o conhecimento que a população possui sobre a dengue, as formas de prevenção, e através de quais meios, técnicos ou não, a população recebe essas informações.

Assim, essa pesquisa científica, que será inédita na região, possibilitará identificar o conhecimento e fontes de informações relacionadas à dengue entre indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul. A perspectiva é de que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a (re) formulação de políticas públicas, em âmbito local, com uma otimização dos meios empregados para que haja um aumento do conhecimento da população sobre a doença e suas formas de prevenção.

## **5 PROBLEMA DE PESQUISA**

Quais os conhecimentos relacionados à dengue que possuem os indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul?

"Frequentemente, a formulação de um problema é mais essencial que sua solução."  
Albert Einstein

## 6 METODOLOGIA

### 6.1 ABORDAGEM DE ESTUDO

Utilizou-se neste estudo tanto uma abordagem quantitativa como uma qualitativa. A abordagem quantitativa é um método orientado à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São descritos como objetivos reproduzíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2009), trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. A diferença entre abordagem quanti-quali está na natureza e não na escala hierárquica. Sendo assim, não se pode afirmar que um tipo de abordagem é melhor do que a outra. As duas abordagens, são consideradas compatíveis e podem produzir riqueza de informações, aprofundamento e maior fidedignidade interpretativa.

Para Sampieri, Collado e Lucio (2006), enquanto a pesquisa quantitativa mede fenômenos, utiliza estatísticas, generaliza resultados; a pesquisa qualitativa trabalha com uma realidade subjetiva, com profundidade de ideias, amplitude, riqueza interpretativa e contextualização dos fenômenos. Na pesquisa quanti, os fenômenos observados e/ou medidos não devem ser afetados de nenhuma forma pelo pesquisador, sendo que se pretende generalizar os resultados encontrados em um grupo (amostra) à uma coletividade maior (universo ou população), enquanto a pesquisa quali se fundamenta mais em um processo indutivo, partindo de dados individuais para o geral. Neste caso, o pesquisador realiza suas entrevistas, analisa cada nova informação, revisando constantemente seus resultados e conclusões. Até que, por fim, ao analisar caso a caso, dado a dado, possa chegar a uma perspectiva mais geral. Neste caso, o pesquisador interfere e constroa o conhecimento, sempre consciente de que é parte do fenômeno estudado.

Na visão de Goldenberg (2004) as pesquisas quanti-quali são complementares, pois enquanto um método (quanti) possibilita trabalhar com dados comparáveis, o outro (quali) destacará as particularidades de um fenômeno em termos de seu significado para os indivíduos.

“Na verdade, o conflito entre pesquisa qualitativa e quantitativa é muito artificial. Arrisco afirmar que cada vez mais os pesquisadores estão descobrindo que o bom

pesquisador deve lançar mão de todos os recursos disponíveis que possam auxiliar à compreensão do problema estudado” (GOLDENBERG, 2004, p.66-67).

## 6.2 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo não experimental e de corte transversal. O estudo descritivo busca especificar as propriedades, características e o perfil de pessoas, grupos, comunidades, processos, objetos ou qualquer outro fenômeno que se submeta a sua análise. Para isto, seleciona-se uma série de questões e se mede ou coleta informações sobre cada um deles para que possa descrever o que se está estudando. Este tipo de estudo é importante para mostrar com precisão os ângulos ou dimensões de um fenômeno, acontecimento, comunidade, contexto ou situação. O pesquisador deve ser capaz de definir, ou ao menos visualizar, o que se medirá e sobre o que ou quem se coletará as informações (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

Na investigação não experimental as variáveis não são alteradas deliberadamente para ver seus efeitos sobre outras variáveis. Ou seja, o fenômeno é observado em seu contexto natural, sem manipulação, para que depois possa ser analisado. O estudo de corte transversal é aquele onde os dados são coletados em um único momento, em um único tempo. Seu propósito é descrever variáveis e analisar sua incidência e inter-relação em um momento dado (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006).

## 6.3 UNIVERSO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na zona urbana do município de Pedra Azul, no Estado de Minas Gerais, situado a 705 km da capital mineira, Belo Horizonte. Sua área territorial é de 1.594,651 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 14,95 hab/km<sup>2</sup>.

Figura 2- Mapa da cidade de Pedra Azul, 2014.



Fonte: Prefeitura de Pedra Azul. Mapa da cidade de Pedra Azul. 2014.

De acordo com o censo de 2010, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), a cidade possui população de 23.839 habitantes, sendo 11.744 homens (49,26%) e 12.095 mulheres (50,74%). Com relação à distribuição da população nesse território, 88,12% residem na área urbana e 11,88% na área rural. São 6.288 famílias; os domicílios são compostos por famílias com 3 pessoas (1.700 famílias), 2 (1.663), 4 (1.487), 5 (768) ou mais de 5 (670). Com relação ao estado civil, 63,8% das pessoas com 10 anos ou mais são solteiras; 27,4% casadas; 6,3% viúvas; 1,7% divorciadas e 0,8% são desquitadas ou separadas judicialmente. Com relação aos meios de comunicação que os moradores possuem em suas residências, dos 6.553 domicílios existentes na cidade, 6.096 possuem televisão, 5.068 possuem rádio, 4.234 possuem telefone celular, 1.338 possuem telefone fixo, 1.085 possuem microcomputadores sendo 821 destes com acesso a internet.

O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM<sup>3</sup>) de Pedra Azul vem melhorando significativamente nos últimos anos, passando de 0,364 em 1991 para 0,627 em 2010, embora seu IDHM ainda seja menor do que a média do Estado de Minas Gerais (0,731) e do Brasil (0,727).

Na área da educação, 56,74% dos alunos entre 6 e 14 anos estavam cursando o ensino fundamental regular na série correta para a idade. Entre os jovens de 15 a 17 anos, 26,63% estavam cursando o ensino médio regular sem atraso. Entre os alunos de 18 a 24 anos, 2,59% estavam cursando o ensino superior. Os dados sobre a população de 18 anos ou mais de idade mostram que apenas 34,69% tinham completado o ensino fundamental e 20,21% o ensino médio. A taxa de analfabetismo na população de 25 anos ou mais é de 26,40%. Com relação à renda, a desigualdade no município vem diminuindo nos últimos anos. O índice de Gini<sup>4</sup> indica o valor de 0,56 em 1991 e 0,53 em 2010. A vulnerabilidade à pobreza atinge 62,54% da população. Os indicadores de habitação revelam que 91,84% da população possui água encanada; 93,14% contam com o serviço de coleta de lixo e 98,66% tem energia elétrica em suas residências. Já 5,99% das pessoas possuem um sistema de abastecimento de água e de esgotamento sanitário classificado como inadequado (ATLAS BRASIL, 2013).

O município possui oito equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), com 100% de cobertura populacional estimada e 63 Agentes Comunitários de Saúde (BRASIL, 2012). Pedra Azul conta com 38 estabelecimentos de Saúde no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (Cnes), entre eles, a Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, órgão que representa a Secretaria de Estado de Saúde na região; o hospital Ester Faria de Almeida (HEFA), que é referência na Rede de Urgência e Emergência das Macrorregiões Nordeste e Jequitinhonha; além de 1 policlínica, 1 posto de saúde e 7 Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2014a).

Com relação às condições de saúde da população, em uma escala que varia de 0 a 1, onde 0 é a menor nota e 1 a maior, Pedra Azul foi classificada entre 0,25 a 0,46, sendo esta a segunda pior escala entre as cinco instituídas (BRASIL, 2014b). Especificadamente, com relação à dengue, no período de 2007 a 2013, foram 1.645 casos registrados no município, com frequentes oscilações, e, picos de notificações nos anos de 2008 e 2013 (BRASIL,

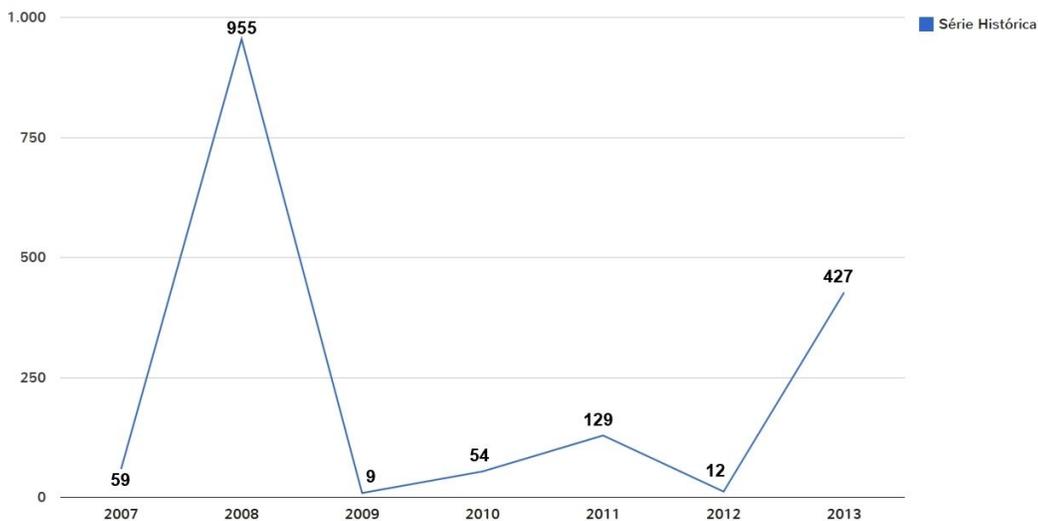
---

<sup>3</sup> O IDHM é composto por componentes das áreas de educação, longevidade e renda. Em 2010, Pedra Azul foi classificada com o índice 0,518 em educação; 0,979 em longevidade e 0,596 em renda.

<sup>4</sup> É um instrumento usado para medir o grau de concentração de renda. Ele aponta a diferença entre os rendimentos dos mais pobres e dos mais ricos. Numericamente, varia de 0 a 1, sendo que 0 representa a situação de total igualdade, ou seja, todos têm a mesma renda, e o valor 1 significa completa desigualdade de renda, ou seja, se uma só pessoa detém toda a renda do lugar.

2014c).

Gráfico 1 - Histórico de notificações de dengue na cidade de Pedra Azul. 2007-2013.



Fonte: Sinan-Net, 2013

#### 6.4 AMOSTRA

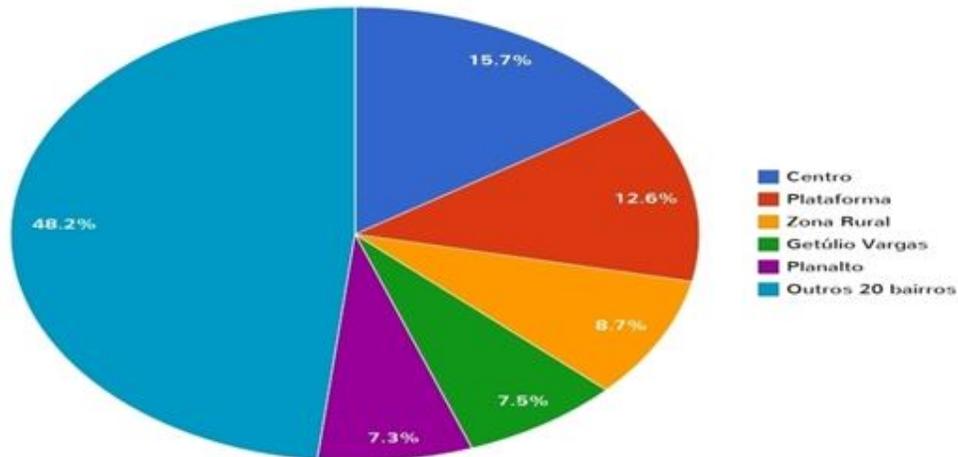
Para definição da amostra quantitativa foi realizada consulta ao banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan-Net<sup>5</sup>) para identificar o número de casos notificados de dengue na cidade de Pedra Azul no ano de 2013 (BRASIL, 2014c). A pesquisa contou com uma amostra não probabilística<sup>6</sup> (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2006), realizada com a população residente em duas regiões com maior número de notificações de dengue em Pedra Azul, no ano de 2013: o Centro da cidade, com 67 casos notificados (15,69%) e o bairro Plataforma, com 54 (12,64%). Das 427 notificações na cidade, 121

<sup>5</sup> O acesso ao banco de dados do Sinan-Net foi realizado com a autorização dos servidores responsáveis pela alimentação dos dados deste programa, que trabalham na Gerência Regional de Saúde de Pedra Azul, que é um órgão da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais; e de servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Pedra Azul.

<sup>6</sup> Nas amostras não probabilísticas, a seleção dos elementos não depende da probabilidade, mas das causas relacionadas com as características da investigação ou de quem faz a amostra. O procedimento não é mecânico, nem com base em fórmulas de probabilidade, e, sim, depende do processo de tomada de decisão de uma pessoa ou de um grupo de pessoas, sendo que as amostras selecionadas obedecem a outros critérios de investigação.

correspondem a estas duas regiões, o que representa 28,33% do total (mais de ¼ dos registros).

Gráfico 2 – Notificações por município de residência na cidade de Pedra Azul (2013)



Fonte: Sinan-Net 2013

Dados do Sinan-Net identificaram que dos 67 indivíduos notificados na região Centro, 49 são mulheres (73,13%) e 18 são homens (26,87%). No bairro Plataforma, dos 54 indivíduos, 38 são mulheres (70,37%) e 16 são homens (29,63%).

Baseado na aplicação dos critérios de inclusão/exclusão adotados para seleção dos indivíduos, na região Centro foram excluídos 9 indivíduos (5 do sexo feminino e 4 do masculino) e no bairro Plataforma 17 indivíduos (11 do sexo feminino e 6 do masculino) tendo em vista que estas pessoas eram menores de idade.

Outras duas situações identificadas na pesquisa de campo eliminaram um participante de cada território. No Centro, foi identificado que dois participantes cadastrados em uma mesma residência e que tinha nomes parecidos, na verdade, tratava-se da mesma pessoa. No Plataforma, uma participante, que na ficha de notificação tinham mais de 18 anos, na verdade, era menor de idade, e, portanto, foi descartada da pesquisa.

Para a composição do tamanho total da amostra, adotou-se o critério de trabalhar com dois grupos. O primeiro grupo (G1) foi composto por indivíduos notificados com a doença no Sinan-Net; e, o segundo grupo (G2), por indivíduos não notificados com a doença neste mesmo período. A decisão, de estudar este público alvo, baseia-se na intenção de verificar se em um determinado território há variação no nível de conhecimento da população em relação

à doença em decorrência de um grupo ter sido acometido pela doença e a outra não.

O G1 foi constituído por 57 indivíduos residentes no Centro e 36 no bairro Plataforma. O G2 foi formado pelo mesmo quantitativo de G1 em ambos os territórios, totalizando 186 indivíduos no geral. Na tabela 1 está distribuída a amostra.

Tabela 1- Distribuição da Amostra selecionada sem corte

Região	Número de indivíduos		Total
	G1	G2	
Centro	57	57	114
Plataforma	36	36	72

Durante a pesquisa de campo, devido a uma série de motivos, como cadastro incorreto de endereços, casas fechadas, morador não localizado ou que se negaram a participar da pesquisa e mudança de bairro ou cidade, vários indivíduos foram eliminados da amostra. No Centro, 26 participantes do G1 (45,61%) foram descartados e no Plataforma, 15 do G1 (41,66%). Para reposição das perdas, foram selecionados, aleatoriamente, indivíduos notificados no Sinan-Net nos anos de 2012 a 2008, residentes no Centro e no bairro Plataforma, priorizando na seleção indivíduos notificados em anos mais recentes.

Visando estabelecer uma maior equidade entre o quantitativo de indivíduos a serem entrevistados em ambos os territórios, optou-se por repor 100% das perdas do bairro Plataforma e 19,23% do Centro. Assim, a amostra final da pesquisa foi composta por 144 indivíduos, distribuídos conforme tabela a seguir.

Tabela 2- Distribuição da Amostra selecionada com reposição

Região	Número de indivíduos		Total
	G1	G2	
Centro	36	36	72
Plataforma	36	36	72

A definição da amostra qualitativa não foi realizada com base em amostragem probabilística, mas delimitado pela saturação dos discursos. O fechamento amostral por

saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. Noutras palavras, as informações fornecidas pelos novos participantes da pesquisa pouco acrescentariam ao material já obtido, não mais contribuindo significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados (BAUER, 2002).

O número estabelecido de participantes para a coleta de dados qualitativos foi de 20 indivíduos. Esses indivíduos foram sorteados aleatoriamente a partir da amostra quantitativa da região Centro e Plataforma, bem como considerando G1 e G2.

Com relação aos territórios, o Centro caracterizava-se por ter boas condições sanitárias e de moradia. Possui residências cujo padrão de construção variava desde casas pequenas, porém de alvenaria e com bom acabamento, até casas maiores e sofisticadas, com alto padrão de acabamento, dispendo de ruas calçadas ou asfaltadas e com esgotamento sanitário.

O bairro Plataforma caracterizava-se por ruas de terra e calçamento, com esgoto sanitário a céu aberto em vários pontos e residências menores, com famílias mais numerosas. Há residências construídas em áreas de risco, como lajedos, que acumulam uma grande quantidade de água e lixo. O bairro conta com água encanada e o serviço de coleta de lixo não atende alguns moradores das áreas de risco, devido ao difícil acesso.

## 6.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídos no G1 indivíduos residentes na região Centro e no bairro Plataforma, de ambos os gêneros (masculino e feminino), com 18 anos ou mais, que foram notificados com a doença (dengue) no sistema Sinan-Net, no ano de 2013, e que concordaram participar da entrevista. Para o G2, foram incluídos indivíduos destas regiões, de ambos os gêneros (masculino e feminino), com 18 anos ou mais, que não foram notificados com a doença no sistema Sinan-Net, no ano de 2013, que declararam nunca ter tido dengue, que fossem preferencialmente chefes de família<sup>7</sup>, que morassem no domicílio imediatamente à direita do entrevistado G1 e que concordarem em participar da pesquisa.

Foram excluídos da pesquisa o indivíduo do G2 não localizado no momento da

---

<sup>7</sup> O termo aqui empregado “chefe da família” está associado à pessoa que seja a autoridade e responsável pelos negócios da família e, na maioria dos casos, à mais importante fonte de sustento.

entrevista, sendo substituído por outro indivíduo vizinho a este, utilizando-se o mesmo critério de seleção do domicílio à direita.

## 6.6 ESTUDO PILOTO

Visando verificar o método do trabalho, forma de aplicação dos instrumentos propostos na pesquisa e o tempo gasto nessas etapas, foi realizado um estudo piloto com 10 indivíduos: 5 selecionados para o G1 e 5 para o G2. A seleção levou em consideração todos os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos anteriormente. Para a seleção dos integrantes do G1, foi realizada consulta ao banco de dados do Sinan-Net, ano de 2013, sendo selecionados indivíduos de modo aleatório, que residiam em bairros vizinhos ao Centro e Plataforma. Para o G2, preferencialmente chefes de família, que residiam na casa à direita do entrevistado G1. Posteriormente, esses participantes e os dados obtido no estudo piloto foram descartados do estudo principal.

Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade de estabelecer uma verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

## 6.7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo levou em consideração a Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos. Foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE) e aprovado conforme parecer CEP/UNIVALE 803.755 (ANEXO A).

## 6.8 COLETA DE DADOS

Para a realização da coleta de dados foram utilizadas as seguintes etapas:

**Primeira etapa:** visita domiciliar aos indivíduos que iriam fazer parte da amostra. Inicialmente, o pesquisador explicava os objetivos do trabalho, os procedimentos aos quais seriam submetidos, assegurando o caráter confidencial de suas respostas e seu direito de não-

identificação. Reforçava que a pesquisa possui caráter voluntário e que todos os participantes necessitariam assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Nas residências do grupo 1 (G1), apenas o indivíduo previamente notificado no Sinan-net poderia participar da entrevista. Para o G2, priorizou-se a participação do responsável pelo domicílio que estivesse presente no momento da visita. Caso o responsável pela residência não estivesse presente, qualquer indivíduo com idade acima de 18 anos, residente no local e que aceitasse participar da pesquisa, poderia responder à entrevista, desde que declarasse nunca ter tido dengue.

**Segunda etapa:** havendo consentimento e após a assinatura do TCLE, foi inicialmente aplicado a Técnica da Associação Livre de Palavras –TALP – (ANEXO B), sendo utilizado gravador digital buscando uma fidelidade quanto à fala do entrevistado e viabilizando o retorno ao material sempre que se fizesse necessário. Em todas as entrevistas foi mantido um caráter informal, a fim de que o indivíduo se sentisse a vontade para relatar suas impressões sobre a dengue. Essas entrevistas foram transcritas imediatamente pelo pesquisador.

Posteriormente, foi aplicado uma entrevista semiestruturada com questões relacionadas a dados sociodemográficos, comunicação/informação e conhecimento sobre a dengue (ANEXO C).

As coletas foram realizadas nos domicílios dos participantes, sendo sugerido a realização das entrevistas em um ambiente tranquilo e confortável, visando maior privacidade e sigilo das informações, ficando, contudo, a critério do entrevistado a escolha do local. As entrevistas tiveram, em média, duração de 20 minutos, sendo realizadas as coletas nos meses de dezembro de 2014 a fevereiro de 2015.

## **6.8.1 Instrumentos para coleta de dados**

### 6.8.1.1 Entrevista semiestruturada

A técnica de entrevista atende principalmente a finalidades exploratórias, é utilizada para o detalhamento de questões e formulações mais precisas dos conceitos relacionados. Pretendeu-se neste estudo, obter o maior número possível de informações sobre o tema, segundo a visão dos entrevistados, com um maior detalhamento do assunto em questão. Considerou-se que a entrevista poderia possibilitar a compreensão de especificidades culturais para o grupo e para os indivíduos. Em relação a sua estruturação, o entrevistador introduziu o tema e o entrevistado teve liberdade para discorrer sobre o assunto. As questões colocadas foram respondidas dentro de uma conversação informal (MINAYO, 2007).

O roteiro da entrevista semiestruturada foi composto de três categorias de dados: socioeconômicos; comunicação e informação e, conhecimentos. Os dados obtidos com a categoria socioeconômica permitiu a caracterização da amostra estudada. Para determinação das condições socioeconômicas foi adotado os critérios de classificação econômica da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP<sup>8</sup>), válidas a partir de 01/01/2013. Esse critério de classificação se fundamenta num sistema de pontos, baseado na escolaridade, posse de itens e funcionários (TV, radio, banheiro, automóvel, empregada doméstica mensalista, aspirador de pó, máquina de lavar, videocassete ou DVD, geladeira, freezer independente) variando da classe A1, que possui melhor condição socioeconômica, à classe E condição socioeconômica menos favorável. Em comunicação e informação, buscou-se identificar quais são os meios de comunicação e outras fontes que levam informações sobre a dengue para a população estudada.

Na categoria Conhecimentos, as questões foram organizadas em cinco subcategorias, com o objetivo de verificar o nível de conhecimento da população estudada sobre a dengue. Cada subcategoria contou com um número particular de questões, sendo que cada questão teve peso de 1 ponto. Ao responder questões relacionadas aos conhecimentos gerais sobre a doença, transmissão, sintomas, tratamento e combate ao mosquito, o participante poderia somar até 27 pontos.

#### 6.8.1.1.1 Técnica da associação livre de palavras (TALP)

Objetivando identificar o núcleo central das Representações Sociais dos grupos (G1 e G2) sobre a dengue, adotou-se, neste estudo, a Técnica de Associação Livre de Palavras (TALP). Estando este estudo fundamentado nessa teoria, a coleta de evocações sobre a dengue constitui-se em um procedimento capaz de fornecer contribuições significativas para se conhecer como o universo estudado percebe, relaciona-se e, conseqüentemente, representa esses objetos de análise.

Na TALP, é apresentado ao sujeito da pesquisa (entrevistado), uma frase ou expressão que atua como tema indutor, correspondendo ao fenômeno de representação que está sendo investigado (SÁ, 1996). Sua utilização nos estudos das representações sociais requer que, a partir do tema indutor - que neste estudo foi a palavra dengue - o participante expresse até cinco palavras ou

---

<sup>8</sup> Disponível em <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx> Acesso em: 03 abr. 2014.

expressões que lhe venham à mente. Com o conjunto de respostas catalogadas, foi possível apresentar a frequência entre as evocações do G1 e G2, apontando, assim, quais foram as mais citadas pelos grupos das duas regiões estudadas (ABRIC, 2000).

Em seguida, o participante enumera as evocações listadas na questão anterior por ordem de importância. Dessa forma, estabelecem-se pesos para os elementos listados, sendo a palavra ou expressão marcada com o número 1, como sendo a de maior relevância, enquanto a de número 5, a de menor relevância. Essa tabulação permite que, através dos pesos das questões, seja estabelecida uma Ordem Média de Evocações (OME), ou seja, quanto mais próximo o elemento estiver da matriz 1 (mais importante), significa que tal evocação é, no entender do respondente, a que prioritariamente, mais se relaciona com o objeto abordado (ABRIC, 2000). Conforme modelo proposto por Abric (2000), pelo cruzamento da frequência e da OME, reter-se-ão as palavras e/ou expressões que mais se destacam no grupo pesquisado, tornando-se possível identificar aquelas que compõem os elementos centrais e os elementos periféricos das representações. Os elementos periféricos, embora sejam menos estáveis e mais flexíveis ao contexto social, ainda assim, associam-se diretamente ao núcleo central, dando-lhe sustentação, ou seja, permitindo a construção e fixação de uma representação (SANTOS; ALMEIDA, 2005).

## 6.9 ANÁLISE DOS DADOS

### 6.9.1 Programa Excel

Os dados quantitativos coletados na entrevista semiestruturada foram inseridos no programa Office Excel 2007, que possibilitou a aplicação de filtros para a seleção de dados levando em consideração o indicador a ser analisado.

### 6.9.2 Programa Evoc

Em relação à TALP que propõe a coleta de evocações, as cinco palavras ou expressões de cada indivíduo foram processadas pelo programa *Ensemble de Programmes Permettant L'Analyse des Évocations* (EVOC), criado por Pierre Vergès, e que possibilitou evidenciar as palavras/expressões que os grupos G1 e G2 revelaram, compondo, assim, o sistema central e periférico das representações sociais em torno da dengue. Esse *software* realizou uma combinação do cálculo de frequência e da ordem média de aparecimento das evocações, tendo

como referência o número de vezes em que a evocação se apresentou no grupo pesquisado e a ordem de importância que lhe foi atribuída pelo entrevistado.

### **6.9.3 Análise de Conteúdo de Bardin**

Com os dados subjetivos coletados, optou-se por fazer uma seleção de 20 indivíduos, cujas falas seriam submetidas à análise. Para tanto, definiu-se que os entrevistados selecionados do G1 do Centro e Plataforma seriam aqueles que participassem das entrevistas de número 2, 10, 20, 30 e 36, enquanto no G2 do Centro e Plataforma seriam os de número 1, 5, 15, 25 e 35. A partir daí, fez-se a Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 2009) agrupando os dados em categorias para análise, dentro dos temas identificados. Esta técnica de análise consiste em um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo segue os seguintes passos:

1. Os discursos coletados são, inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;
2. Pré-análise, na qual faz-se uma leitura flutuante, a partir da qual emergem impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;
3. Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;
4. Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que serão reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;
5. Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias relativas a cada item, e as falas analisadas dentro de cada tema. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos. Esses são pontos de partida para a análise, sejam eles verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2004).

## **7 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Neste capítulo, será apresentado os resultados e a análise obtidos a partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos referentes ao conhecimento e fontes de informações relacionadas à dengue entre indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença em Pedra Azul. Os resultados encontrados não podem ser generalizados para toda a população notificada com dengue do município ou região estudada. Porém, a amostra pode ser considerada suficiente para responder aos objetivos, tendo em vista a delimitação do estudo, focado em dois territórios administrativos e de saúde, com indivíduos notificados no ano de 2013.

### **7.1 DADOS QUANTITATIVOS**

#### **7.1.1 Caracterização da Amostra**

Visando identificar o perfil dos entrevistados foram coletadas as variáveis: idade, classificação econômica, gênero, estado civil, escolaridade e ocupação profissional. Todas essas características sociodemográficas estão referenciadas na Tabela 3.

**Tabela 3** - Distribuição de frequência das características sociodemográficas dos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado. Brasil. 2015 (n=144).

Características		Frequência n (%)			
		Centro		Plataforma	
		G1	G2	G1	G2
<b>Idade (anos)</b>	18-40	17 (47,2)	11 (30,5)	21 (58,3)	15 (41,6)
	41-59	16 (44,4)	14 (38,8)	7 (19,4)	14 (38,8)
	60 ou mais	3 (8,3)	11 (30,5)	8 (22,2)	7 (19,4)
<b>Classificação econômica</b>	A2	2 (5,5)	2 (5,5)	0 (0)	0 (0)
	B1	6 (16,6)	4 (11,1)	0 (0)	0 (0)
	B2	7 (19,4)	5 (13,8)	0 (0)	0 (0)
	C1	12 (33,3)	9 (25)	2 (5,5)	6 (16,6)
	C2	4 (11,1)	11 (30,5)	13 (36,1)	14 (38,8)
	D	5 (13,8)	5 (13,8)	21 (58,3)	16 (44,4)
<b>Gênero</b>	Masculino	4 (11,1)	6 (16,6)	8 (22,2)	13 (36,1)
	Feminino	32 (88,8)	30 (83,3)	28 (77,7)	23 (63,8)
<b>Estado civil</b>	Casado	12 (33,3)	20 (55,5)	11 (30,5)	17 (47,2)
	Solteiro	15 (41,6)	5 (13,8)	12 (33,3)	7 (19,4)
	União estável	6 (16,6)	4 (11,1)	9 (25,0)	9 (25,0)
	Viúvo	2 (5,5)	3 (8,3)	3 (8,3)	3 (8,3)
	Separado	1 (2,7)	4 (11,1)	1 (2,7)	0 (0)
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	1 (2,7)	1 (2,7)	12 (33,3)	8 (22,2)
	Fund. incompleto	2 (5,5)	11 (30,5)	11 (30,5)	18 (50,0)
	Fund. completo	4 (11,1)	4 (11,1)	1 (2,7)	5 (13,8)
	Ens. méd. com.	16(44,4)	15 (41,6)	11 (30,5)	5 (13,8)
	Superior completo	13 (36,1)	5 (13,8)	1 (2,7)	0 (0)
<b>Ocupação profissional</b>	Trabalho formal	22 (61,1)	14 (38,8)	8 (22,2)	7 (19,4)
	Trabalho informal	4 (11,1)	5 (13,8)	10 (27,7)	8 (22,2)
	Dona de casa	1 (2,7)	5 (13,8)	5 (13,8)	11 (30,5)
	Aposentado	3 (8,3)	12 (33,3)	5 (13,8)	7 (19,4)
	Desempregado	4 (11,1)	0 (0)	4 (11,1)	3 (8,3)
	Estudante	2 (5,5)	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)
	Pensionista	0 (0)	0 (0)	3 (8,3)	0 (0)

Pode-se observar que a amostra estudada (n=144) possui maior porcentagem de adultos jovens (44,4%) e baixa frequência de idosos (20,1%). Quando analisado os dados em relação à presença de notificação da dengue por faixa etária, prevaleceu tanto na região Centro quanto no bairro Plataforma o maior número de casos compreendido entre indivíduos de 18 a 40 anos (52,7%). E menor frequência nos indivíduos com 60 anos ou mais (15,3%).

Esses dados demonstram semelhança quanto à faixa etária entre os dois territórios estudados, indicando que a dengue acomete indivíduos de todas as idades, ou seja, crianças, jovens, adultos e idosos são susceptíveis ao vírus da doença.

De acordo com Souza e Dias (2010) o maior número de casos notificados com dengue no estudo desenvolvido no município de Itabuna (BA) entre 2000 e junho de 2009 (31.290) ocorreu entre adultos jovens, na faixa etária entre 20-39 anos, representando 34,8% dos casos notificados. No entanto Santos et al. (2009) consideram que não existe um comportamento único na ocorrência de dengue por idade.

Quanto à classificação econômica da população, o estudo demonstrou que as classes sociais foram identificadas como D (32,6%), C2 (29,1%), C1 (20,1%), B2 (8,33%), B1 (6,94%) e A2 (2,77%). Considerando a classificação econômica por território pesquisado, o bairro Plataforma tem o maior percentual de moradores de baixa renda com 51,38% dos entrevistados da classe D; 37,5% da C2 e 11,11% da C1. Na região Centro, as classes identificadas foram C1 (29,16%), C2 (20,83%), B2 (16,66%), B1 (13,8%), D (13,88%) e A2 (5,55%). Portanto, os dados indicam que os indivíduos do território Centro possuem melhor classificação econômica que o Plataforma, e possivelmente melhores recursos de renda, condições de vida e saúde.

De acordo com Barcellos et al. (2002) o município é capaz de produzir o lugar dos ricos e o lugar dos pobres, das indústrias e do comércio, dos fluxos e circulação de mercadorias, bens e serviços e também produzir riscos diferenciados para cada indivíduo ou grupo social. Sua estrutura espacial é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Esse espaço produzido socialmente se configura como um território que exerce pressões econômicas e políticas sobre a sociedade, criando condições particulares para sua utilização por cada ator social. O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

A variável classificação econômica pode indicar as condições de moradia, o acesso aos serviços de saneamento urbano e, principalmente, à qualidade de vida da região, de um modo geral. Siqueira et al. (2004) encontraram correlação entre baixa renda e infecção por dengue em inquérito domiciliar realizado no Município de Goiânia (GO).

Para Machado, Oliveira e Souza-Santos (2009), as pesquisas que abordam a relação entre variáveis relacionadas às condições de vida da população e ocorrência da dengue devem contemplar o contexto social enquanto unidade complexa, onde fatores sociocultural e estruturais urbanos geram uma realidade única em cada local, que pode ou não favorecer a disseminação da dengue. Embora não exista uma relação linear entre condições de vida e ocorrência da dengue, os padrões espaciais mostram uma maior concentração de casos da doença em vias de acesso e onde há desigualdade nas condições de vida com contiguidade de bairros de distintos estratos sociais.

Estudos realizados por Costa e Natal (1998) em São José do Rio Preto (SP) e Caiiffa et al. (2005) em Belo Horizonte (MG) mostram uma relação entre maior risco de contrair a doença em indivíduos com piores níveis socioeconômicos. Porém, Vasconcelos et al. (1998) identificaram em pesquisas desenvolvidas no município de Fortaleza (CE) que há maior soroprevalência de dengue na população com maior renda e escolaridade.

A influência das desigualdades na classificação econômica, condições de vida e proximidade às vias de acesso podem influenciar sobre a ocorrência da doença, bem como na proliferação de criadouros. Estes fatos corroboram na necessidade de incluir a análise das desigualdades locais no planejamento de ações de controle da dengue (LAGROTTA; SILVA; SOUZA-SANTOS, 2008).

Com relação ao gênero, ao analisar a distribuição percentual da amostra, detectou-se a participação de 78,5% de mulheres e 21,5% de homens. Na comparação entre os dois territórios, observa-se que na região Centro o percentual de mulheres foi maior (86,1%) que no bairro Plataforma (70,8%). Quando considerado apenas o grupo com notificação da doença, ou seja, G1, o percentual de mulheres foi maior no Centro (88,8%) do que no Plataforma (77,7%).

A maior participação de mulheres encontrada neste estudo pode estar relacionada, provavelmente, ao fato de permanecerem mais tempo em suas residências que os homens, e como a transmissão se faz principalmente no domicílio e peridomicílio, a diferença observada pode justificar-se devido à maior exposição, ou também pelo fato das mulheres procurarem mais os serviços de saúde. Segundo Lima-Camara et al. (2006) o acometimento pela dengue no sexo feminino pode estar vinculado ao comportamento do vetor *Aedes aegypti* encontrado

mais frequentemente em ambientes urbanos, cuja transmissão está localizada predominantemente no intradomicílio, onde as mulheres e crianças passam a maior parte do tempo.

A dengue tem acometido indivíduos de ambos os sexos, porém ha maior incidência em mulheres do que em homens. Indivíduos de todas as idades são suscetíveis de adquirir esta infecção, contudo a maior incidência de casos nas faixas etárias mais elevadas é um padrão observado em áreas indenes logo após a introdução de um sorotipo do vírus (RIBEIRO et al., 2006).

O alto percentual de mulheres notificadas corroboram com outros estudos realizados no Brasil e no México. A maior permanência da mulher no intra e peridomicílio auxilia o entendimento da vulnerabilidade na qual está exposta, próxima a locais onde, predominantemente, ocorre a transmissão (MONTEIRO et al., 2009). Outros estudos, porém, como os de Gonçalves Neto e Rebelo (2004) e Santos et al. (2009), apresentaram números de notificações que não mostraram diferenças significativas entre sexo masculino e feminino, e que ainda existem controvérsias na relação da doença com o gênero.

Quanto ao estado civil, a maior porcentagem encontrada nesta população foi de casados (41,7%). Se considerado o G1, observou-se que há mais indivíduos solteiros em ambos os territórios.

Com relação à escolaridade pode-se observar que os territórios pesquisados possuem distinto índice de escolaridade. No Centro há maior porcentagem de indivíduos com ensino médio completo (43,0%) e superior completo (25,0%), enquanto o Plataforma possui maior frequência de indivíduos com ensino fundamental incompleto (40,3%) e sem escolaridade (27,7%). Esses valores provavelmente reproduzem o cenário nacional, no qual existem diversas desigualdades, quanto ao acesso e à permanência do indivíduo no sistema escolar. Segundo Prietsh et al. (2003) o índice de pouco ou nenhum nível de escolaridade pode apresentar uma implicação direta na qualidade de vida e de saúde da comunidade, sendo considerado como um fator determinante para ocorrência de doenças.

Na análise comparativa entre os indivíduos considerados notificados pela dengue (G1) e não notificados (G2) entre os territórios Centro e Plataforma, detectou-se em ambos que o maior nível de escolaridade pertencia ao grupo de notificados. Estes dados possivelmente indicam que o nível de escolaridade não influencia na incidência da dengue nessa população. Pode-se evidenciar que a educação deve ser mais do que transmissão de conhecimento e que informações não são suficientes para promover mudanças de comportamento nos indivíduos.

“Sabemos que a educação é mais do que simples transmissão de informações e sua memorização, assim como apenas a informação e o conhecimento não são suficientes para promover mudanças de comportamento. Por isso, acreditamos que mais do que mensagens e campanhas adequadamente planejadas e divulgadas, as ações de prevenção da doença precisam ser compartilhadas, ou seja, produzidas em conjunto com as pessoas a quem se destinam na busca da construção conjunta do conhecimento e de uma aprendizagem mais eficaz e duradoura” (ARMINDO, DINIZ E SCHALL, P.10, 2011).

Já para Wilkinson (1999) existe evidência de que indivíduos com baixo nível de escolaridade possuem pior saúde, quando comparados a seus opositos em melhores condições. Esta relação existe no mundo inteiro e inclui uma ampla extensão de indicadores de saúde como taxa de mortalidade, esperança de vida ao nascer, taxas de doenças agudas e crônicas.

Ribeiro, Sousa e Araújo (2008) consideram que embora não haja uma correlação positiva entre infecção por dengue e nível de escolaridade, os indivíduos com menos de oito anos de escolaridade tendem a desvalorizar os cuidados primários em saúde e possuem menor compreensão das orientações recebidas. Para Lenzi et al. (2000) o acesso à educação, entre outros fatores, colabora para a melhoria do nível de saúde da população. A efetiva participação dependeria de um maior grau de compreensão e de interpretação das informações relacionadas à dengue. Por sua vez, Ferreira et al. (2009) enfatiza que a baixa escolaridade, entre outros fatores, contribuem muito para a disseminação do vetor. Indivíduos com pouca escolaridade podem apresentar limitações na interpretação de alguns códigos. Analfabetos ou semianalfabetos possivelmente encontram dificuldades para acessar e ou interpretar corretamente informações escrita em jornais, revistas, faixas e panfletos (LENZI; COURA, 2004).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) considera que a escolaridade pode interferir na qualidade de vida, pois indivíduos com menores taxas de escolaridade apresentam maiores dificuldades em sanarem definitivamente certas doenças, por não poderem romper com as condições sociais e ambientais que as geraram ou porque sua situação de classe não lhes permite acesso a certas práticas curativas capazes de eliminá-las.

Quanto à ocupação profissional, a população total apresentou 54,1% de indivíduos com alguma relação de trabalho (formal ou informal) e 18,7% de aposentados. Na análise dos indivíduos notificados (G1), observou-se nos dois territórios há uma maior porcentagem de sujeitos que realizam atividade laboral. Ou seja, como participantes no mercado de assalariados e constituindo a força de trabalho.

O trabalho é considerado uma construção sócio-histórica, um processo instável e em constante mudança, uma invenção humana que se institui em cada posto de trabalho e em cada trabalhador. É dinâmico, varia de uma sociedade para outra e ao longo do tempo, pode ser entendido no contexto em que está sendo analisado (MAGGI; TERSAC, 2004).

O trabalho possui diversas acepções. Pode ter o significado de organizador social e revestir os atores sociais de identidade, pois, por meio dele, o sujeito se reconhece e é reconhecido na sua atividade profissional. Esse valor proporciona ao trabalho um espaço privilegiado para compreender os processos de construção de subjetividades do indivíduo e da sociedade e ocasiona um olhar ampliado, procurando a construção singular e coletiva nos postos de trabalho, nas interações, no dito e no não dito, no próprio trabalho e na falta dele (MARQUES; MARTINS; SOBRINHO, 2011).

Na perspectiva do território, cabe reconhecer os processos produtivos nele instalados, bem como os que se situam em seu entorno, ou mesmo remotamente, e identificar suas relações com o ambiente e com a saúde dos trabalhadores e dos moradores. A territorialização é um processo de “habitar um território” (KASTRUP, 2001). O ato de habitar traz como resultado a corporificação de saberes e práticas. Para habitar um território é necessário explorá-lo, torná-lo seu, ser sensível às suas questões, ser capaz de movimentar-se, detectando as alterações de paisagem e colocando em relação fluxos diversos - não só cognitivos, não só técnicos, não só racionais - mas políticos, comunicativos, afetivos e interativos no sentido concreto, detectável na realidade (CECCIM, 2005).

A forma da cidade e a ocupação que a mesma faz do território estão constituídas, majoritariamente, por tecido urbano residencial. A estrutura urbana pode se caracterizar por elementos primários ou estruturantes, compostos pelos espaços, monumentos e edifícios institucionais, comerciais, recreativos e elementos secundários ou “tecido acompanhante”, conformado pelas residências (ROSSI, 2001). Na Tabela 4 pode-se observar a distribuição da estrutura residencial dos indivíduos dos territórios estudados.

**Tabela 4** - Distribuição de frequência das características relacionadas à estrutura residencial dos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado. Brasil. 2015 (n=144).

Características		Frequência n (%)			
		Centro		Plataforma	
		G1	G2	G1	G2
<b>Integrante por residência</b>	1	3 (8,3)	2 (5,5)	0 (0)	3 (8,3)
	2	4 (11,1)	9(25,0)	9 (25,0)	6 (16,6)
	3	7 (19,4)	8 (22,2)	12 (33,3)	7 (19,4)
	4	10 (27,7)	9 (25,0)	5 (13,8)	10 (27,7)
	Mais de 4	12 (33,3)	8 (22,2)	10 (27,7)	10 (27,7)
<b>Animal de estimação</b>	Sim	23 (63,8)	21(58,3)	24 (66,6)	28 (77,7)
	Não	13 (36,1)	15 (41,6)	12 (33,3)	8 (22,2)
<b>Água encanada</b>	Sim	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)
	Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
<b>Coleta de lixo</b>	Sim	36 (100)	36 (100)	35 (97,2)	35 (97,2)
	Não	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	1 (2,7)

Neste estudo, o número de moradores em cada residência pesquisada identificou nos territórios Centro e Plataforma um percentual igual (27,7%) as residências com mais de quatro (4) indivíduos. Na comparação entre os indivíduos notificados (G1) pode-se observar uma porcentagem semelhante entre os dois territórios (Centro e Plataforma).

Estes dados demonstram que as residências dessa pesquisa são constituídas por mais de quatro (4) indivíduos. No entanto, para Alves, Cavenaghi, Barros (2011) ao mesmo tempo em que aumenta o número de famílias no Brasil, elas se tornam cada vez menores. A família brasileira é composta, em média, por três integrantes – contra 3,1 registrados no último levantamento, em 2009. A variação de 0,1% no número médio de integrantes é significativa levando em consideração o curto espaço de tempo de comparação, de dois anos, entre 2009 e 2011. Analisando dados dos últimos 20 anos, a variação é grande. Em 1991, a família brasileira em área urbana possuía, em média, 4,06 integrantes. Em área rural, a média era de 4,69. A queda no número de componentes das famílias acontece em todas as regiões do país. No Sul e no Sudeste, a média é de 2,9 integrantes. Estados do Norte do país são os que possuem as maiores famílias.

A maioria das residências pesquisadas possui animal doméstico (66,6%). Entre os indivíduos notificados (G1) verificou-se que a maioria (65,2%) possui animal de estimação.

A convivência com animais de estimação pode acarretar uma série de desvantagens como alto custo, fobias e inibições culturais além dos potenciais riscos de zoonoses, alergias e

mordidas. O termo ‘zoonose’ tem sido definido como ‘aquelas doenças e infecções naturalmente transmitidas entre animais vertebrados e o homem’. O incremento relativo na incidência de zoonoses recentemente parece ser resultado tanto da evolução das técnicas de diagnóstico laboratoriais, quanto do crescimento das populações humanas e animal, aumentando as chances de interação. Por outro lado, podem existir riscos e estes se materializam como zoonoses e agressões, contudo, não inviabilizam a convivência com os animais de estimação e o usufruto dos ganhos advindos dessa relação. O que se deve levar em consideração é o equilíbrio entre as partes para que os ganhos advindos dessa relação não sejam anulados por danos à saúde dos seres humanos e não-humanos (FARACO; SEMINOTTI, 2004).

A presença de animais de estimação nas residências pode contribuir para a existência de recipientes capazes de acumular água e serem reservatórios dos ovos do mosquito. O próprio comportamento dos animais domésticos pode colaborar para o aumento dos focos (LEFÈVRE et al., 2007). Os cuidados com os bebedouros dos animais e sua limpeza frequente com uso de bucha e sabão são considerados essenciais para que haja a finalização do ciclo do vetor, caso ocorra ovo posição neste tipo de recipiente (PICINATO, 2012).

O saneamento básico assume predominância a partir dos problemas de aglomerações humanas, aliados à expansão industrial induzindo à adoção de medidas preventivas para minimizar, preservar ou corrigir possíveis agravos ao meio ambiente e à saúde (FUNASA, 2006). Nessa pesquisa identificou que 100% das residências visitadas possuíam água encanada e 97,2% serviço de coleta de lixo. Este dado pode estar relacionado ao investimento e planejamento de uma política pública efetiva de saneamento (abastecimento de água e esgotamento sanitário) realizada pelos gestores do município. Possivelmente há um entendimento de que o saneamento interfere direta e indiretamente na qualidade de vida e saúde da população, inclusive em relação à economia e produção.

A Lei Federal de Saneamento Básico 11.445 (BRASIL, 2007), dispõe que os serviços de abastecimento público de saneamento básico são norteados, dentre outros princípios, na integralidade e universalização do acesso, o que garante a oferta de água potável, de coleta, do tratamento e disposição final adequada dos esgotos sanitários, além da limpeza urbana e do manejo dos resíduos sólidos, devendo ser adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente.

As ações de combate ao *Aedes aegypti*, único elo vulnerável da cadeia epidemiológica da dengue, estão centradas em duas estratégias, controle ou erradicação. Ambas incluem três componentes básicos: saneamento; ações de educação e combate direto ao vetor. O

componente de saneamento visa reduzir os criadouros potenciais do mosquito mediante: aporte adequado de água para evitar o seu armazenamento em recipientes que servirão para oviposição; proteção (cobertura) de recipientes úteis; reciclagem ou destruição de recipientes inservíveis; e tratamento ou eliminação de criadouros naturais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para Flauzino, Souza-Santos e Oliveira (2011) o abastecimento irregular de água ou a sua falta é um dos principais fatores facilitadores da disseminação do vetor da dengue. Analisam que outros fatores podem estar atuando sobre a propagação do agravo, considerando que se a água utilizada pelas famílias não fossem protegidas por canos, poderia haver aumento no índice de disseminação. É importante que a população tenha consciência de que todo local onde se acumula água deve estar protegido. Pois, quando descobertos podem se tornar grande foco de depósitos de ovos do vetor.

### **7.1.2 Identificação dos bens de consumo duráveis presentes nos domicílios e fontes de informação**

A capacidade de informar em grande escala pode contribuir para a emancipação dos indivíduos e sua inserção como cidadãos autônomos em determinada sociedade. Porém, a qualidade da informação oferecida, forma e momento em que ocorre a veiculação podem produzir significados variados. São capazes de proporcionar esclarecimento e a mobilização popular ou, ao contrário, confusão e o alarmismo reativo (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004).

Na Tabela 5 estão identificados os bens de consumo duráveis e fontes de informações empregadas pelos indivíduos participantes desse estudo.

**Tabela 5** - Distribuição da frequência dos bens de consumo duráveis presentes nos domicílios e fontes de informações empregadas pelos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado. Brasil. 2015 (n=144).

Características	Frequência n (%)				
	Centro		Plataforma		
	G1	G2	G1	G2	
Bens de consumo duráveis presentes nos domicílios**	Celular	36 (100)	34 (94,4)	36 (100)	33 (91,6)
	Rádio	16 (44,4)	24 (66,6)	27 (75)	27 (75)
	Televisão	36 (100)	36 (100)	36 (100)	36 (100)
	PC c/ internet	27 (75)	16 (44,4)	8 (22,2)	5 (13,8)
	PC sem internet	4 (11,1)	0 (0)	2 (5,5)	5 (13,8)
	Telefone fixo	13 (36,1)	15 (41,6)	1 (2,7)	2 (5,5)
Bens de consumo duráveis usados com frequência**	Celular	24 (66,6)	27 (75)	28 (77,7)	24 (66,6)
	Televisão	21 (58,3)	28 (77,7)	26 (72,2)	27 (75)
	Rádio	1 (2,7)	2 (5,5)	6 (16,6)	7 (19,4)
	Sites / redes sociais	16 (44,4)	8 (22,2)	3 (8,3)	3 (8,3)
Tipos de orientações acessadas **	Profissional de saúde	27 (75)	29 (80,5)	28 (77,7)	26 (72,2)
	Televisão	36 (100)	36 (100)	34 (94,4)	29 (80,5)
	Amigos/ familiares	22 (61,1)	19 (52,7)	11 (30,5)	6 (16,6)
	Materiais impressos	31 (86,1)	24 (66,6)	17 (47,2)	6 (16,6)
	Rádio	15 (41,6)	18 (50)	23 (63,8)	6 (16,6)
	Carros de som	26 (72,2)	24 (66,6)	16 (44,4)	9 (25)
	Eventos	19 (52,7)	12 (33,3)	13 (36,1)	3 (8,3)
	Internet / redes sociais	23 (63,8)	12 (33,3)	10 (27,7)	0 (0)
	Teatro	3 (8,3)	0 (0)	4 (11,1)	0 (0)
	Revista	22 (61,1)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0)
	Escola	18 (50)	4 (11,1)	8 (22,2)	1 (2,7)
	Livros	15 (41,6)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0)
	Trabalho	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)	0 (0)
	Jornal impresso	13 (36,1)	1 (2,7)	1 (2,7)	0 (0)
	NA	0 (0)	0 (0)	0 (0)	4 (11,1)

\*\*Múltiplas respostas

Neste estudo a maior frequência de bens de consumo duráveis presente nos domicílios pesquisados foi a televisão. Todos os entrevistados (n=144) possuíam esse aparelho em suas residências. O telefone celular (96,5%) e o rádio (65,2%) surgem como outros bens de consumo mais frequente nas moradias dessa população. Observou-se que 46,5% dos indivíduos possuem computador, destes 83,5% estão conectados à rede mundial. Esses dados possivelmente indicam que a revolução tecnológica, ou seja, a "sociedade da informação" atingiu este público proporcionando sua inclusão digital. A disseminação de informação pode contribuir e modificar, em médio prazo, alguns aspectos da vida cotidiana dos indivíduos.

Inclusão digital significa o processo de democratização do acesso às tecnologias da informação, de forma a permitir a inserção de todos na sociedade da informação. Permite simplificar a rotina diária, maximizar o tempo e as suas potencialidades. Um incluído digitalmente não é aquele que apenas utiliza essa nova linguagem, do mundo digital, para trocar e-mails, mas aquele que usufrui desse suporte para melhorar as suas condições de vida e buscar novas oportunidades de emprego, meios de comunicação, formas de obter aprendizado entre outras, trazendo maiores benefícios para a vida pessoal e profissional do cidadão (SILVINO; ABRAHÃO, 2003).

No Brasil 97% das casas possuem aparelho de televisão, em mais de 90% existem rádio, 68% com telefone celular e 49,7% telefone fixo. O número de domicílios particulares que têm pelo menos um aparelho de televisão em casa ainda supera o dos que têm geladeira. Em 2011, 59,4 milhões de lares tinham televisão. Já o número dos que tinham geladeira era de 58,7 milhões - 95,8% (PNAD, 2012).

Os avanços referentes à telefonia se destacaram no Censo 2010 (BRASIL, 2010). Em 2000, eram 39,7% de domicílios com linha telefônica instalada. Em 2010, 40,8% domicílios possuíam telefone fixo, considerando os domicílios apenas com telefone fixo e domicílios com telefone fixo e celular. A pesquisa ainda revelou que há no Brasil 87,9% dos domicílios com telefone fixo ou telefone celular ou ambos. Entre as regiões, o Sudeste e o Sul tinham os mais altos percentuais de domicílios com somente telefone fixo e com telefone fixo e celular (56,1% e 43,3%, respectivamente) em contraste com incidências bem inferiores encontradas no Norte (19,9%) e Nordeste (20,6%).

Em relação aos bens de consumo duráveis usados com frequência para ter acesso às informações, detectou-se que o celular (71,5%) e a televisão (70,8%) são os meios preferidos pela população estudada. Pode-se observar que os sites/redes sociais (20,8%) conquistaram maior aceitação do que o rádio (11,1%). Tanto na região Centro quanto no bairro Plataforma, celular e televisão lideram a lista dos bens duráveis.

O acesso às novas Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC), em particular o acesso à internet e aos dispositivos móveis, é condição necessária para que governo, organizações e cidadãos operem sob o paradigma da sociedade da informação e do conhecimento. As disparidades regionais e socioeconômicas em relação ao acesso às TIC que ainda enfrenta-se no Brasil requerem do governo políticas públicas efetivas que sejam construídas a partir de evidências e dados estatísticos sobre a infraestrutura tecnológica disponível nos domicílios e empresas, além do panorama das atividades realizadas, das habilidades e das competências no uso dessas novas tecnologias. Apesar da baixa penetração do acesso à internet nos domicílios brasileiros, observa-se que a quantidade de usuários e a frequência de uso da Internet vêm aumentando de forma acelerada. Em 2012, o Brasil atingiu a marca de 80,9 milhões de brasileiros com 10 anos ou mais que utilizam a internet. A proporção dos que usam a internet diariamente cresce significativamente: em 2008 era de 53%, em 2012, 69% (CGIB, 2013).

De acordo com os entrevistados, os meios de comunicação e fontes de informações que mais frequentemente têm acesso a respeito da dengue são a televisão (93,7%), os profissionais de saúde (76,3%), os materiais impressos (54,1%) e o carro de som (52,0%). Os principais meios de comunicação e fontes de informação acessados pelos indivíduos notificados (G1) e os não notificados (G2) foram a televisão e os profissionais de saúde.

Pesquisa realizada por Donalizio, Alves e Visockas (2001) no município de Campinas (SP) buscando identificar quais os meios de comunicação e fontes de informação relacionadas à dengue são mais acessadas pela população identificou a televisão (77,1%) como o principal meio de informação utilizada, além das ações realizadas pelos profissionais de saúde (35,9%), escola (14,5%) e rádio (1,4%). Os autores ressaltam o importante papel da televisão na realização de uma ampla divulgação de mensagens educativas em locais com perfis socioeconômicos variados. No entanto, Claro, Tomassini e Rosa (2004) acreditam que as campanhas informativas baseadas nos meios de comunicação têm demonstrado eficiência limitada.

Lenzi et al. (2000), ao realizar uma pesquisa em uma área de baixa renda no município do Rio de Janeiro, também identificou a televisão como a principal fonte de informação a respeito da dengue, seguida pelo rádio, conversa informal com outras pessoas, escolas, jornais e a FIOCRUZ. Relacionam o problema de assimilação e compreensão das informações sobre à dengue ao caráter não permanente de divulgação das mensagens e à forma como são repassadas.

O problema de assimilação e compreensão das informações relativas ao dengue pode estar baseado no caráter não permanente de divulgação e na forma pela qual elas são elaboradas e passadas à população – fragmentadas, incompletas e, de modo predominante, por meios de comunicação de massa que impossibilitam a discussão e a possibilidade de eliminação de dúvidas, gerando assim uma compreensão parcial do problema e miscelânea de interpretações. Entretanto, a televisão e o rádio, em virtude de serem bens aos quais a maioria da população tem acesso, poderiam ter papel relevante nas campanhas de saúde, pela possibilidade de promover programas de caráter interativo, divulgando permanentemente informações mais completas e criando um espaço de discussão entre os ouvintes (LENZI et al., 2000, p.853).

Tão importante quanto identificar os meios de comunicação e fontes de informação que repassam orientações à população, é a identificação sobre o que pensa os indivíduos sobre as informações que recebem. Na tabela 6, são apresentados os resultados obtidos com relação a esse assunto.

**Tabela 6** – Confiança nas informações repassadas pelas fontes de informação e satisfação dos indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma do município estudado com relação ao esclarecimento de dúvidas. Brasil. 2015 (n=144).

Características		Frequência n (%)			
		Centro		Plataforma	
		G1	G2	G1	G2
Confiança nos meios de comunicação*	Sim	28 (77,7)	34 (94,4)	25 (69,4)	27 (75)
	Não	1 (2,7)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Às vezes	7 (19,4)	2 (5,5)	5 (13,8)	4 (11,1)
	Não sabe	0 (0)	0 (0)	4 (11,1)	0 (0)
	NA	0 (0)	0 (0)	2 (5,5)	5 (13,8)
Confiança nos profissionais de saúde*	Sim	23 (63,88%)	28 (77,7)	21 (58,3)	23 (63,8)
	Não	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	Às vezes	4 (11,1)	1 (2,7)	5 (13,8)	3 (8,3)
	Não sabe	0 (0)	0 (0)	2 (5,5)	0 (0)
	NA	9 (25)	7 (19,4)	8 (22,2)	10 (27,7)
Informações satisfatórias*	Sim	26 (72,2)	22 (61,1)	18 (50)	20 (55,5)
	Não	6 (16,6)	8 (22,2)	5 (13,8)	8 (22,2)
	Às vezes	3 (8,3)	6 (16,6)	10 (27,7)	4 (11,1)
	Não sabe	1 (2,7)	0 (0)	2 (5,5)	0 (0)
	NA	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	4 (11,1)

\* Resposta única

A maioria da população estudada relatou confiar nas informações sobre a dengue recebidas dos meios de comunicação (79,1%) e profissionais de saúde (65,9%). Observou-se que os indivíduos não notificados (G2) formam o grupo que mais confia nos meios de comunicação (84,7%), enquanto os indivíduos notificados (G1) tiveram um percentual de confiança de 73,6%.

Nas campanhas de saúde pública, os materiais informativos produzidos e divulgados podem ter importância quanto ao esclarecimento da população sobre a doença e sua prevenção. Devem proporcionar orientações sobre sintomas relativos a dengue clássica e a hemorrágica, além dos cuidados com focos domésticos, por meio da divulgação de informações científicas em linguagem popular, possibilitando dessa maneira a compreensão da etiologia, sintomatologia e medidas de controle (LENZI; COURA, 2004).

Para Sales (2008), os conteúdos divulgados pelos meios de comunicação, por vezes, repassam informações imprecisas, podendo trazer confundimento à população. Este fato pode contribuir, portanto, para que parte da população não confie nas informações repassadas por este meio. Em relação às informações fornecidas por profissionais de saúde, afirma que, estes podem perder credibilidade em suas falas, quando as informações que repassam desconsideram os interesses e os saberes da população. Assim, as informações repassadas seriam incapazes de gerar uma mudança de comportamento proporcionando um sentimento de negatividade, desgaste e falta de credibilidade. Considera que ações educativas como palestras, sejam quase sempre centradas nos profissionais médico e enfermeiro, enquanto deveriam ser realizadas pelo agente comunitário de endemias, pois, estes possuem oportunidade de conversar com a população restrita às visitas domiciliares.

Apesar dos avanços com a implantação do PSF, cuja prática sanitária está ancorada na Vigilância à Saúde e, portanto, necessitando para sua construção estar cravada nos pilares - território, problema e intersetorialidade -, ainda não é possível obter vantagens na interação desses sujeitos quanto ao enfrentamento da dengue (SALES, 2008, 182).

Para 59,7% dos entrevistados as informações e orientações que receberam são consideradas suficientes para esclarecer suas dúvidas em relação à dengue. Na comparação entre notificados (G1) e não notificados (G2) observou-se que a maioria dos indivíduos do G1 (61,1%) considerou satisfatória as informações recebidas enquanto no G2 prevaleceu um percentual menor (58,3%).

Na área da saúde, os meios de comunicação possuem função preponderante nas situações coletivas, como as epidemias, quando a população se vê indistintamente ameaçada.

O aumento na ocorrência da dengue proporcionou um envolvimento dos veículos de comunicação na divulgação de notícias. Pela posição privilegiada que ocupa no espaço público, a mídia se configura num locus de sentidos importante. Em grande parte, as informações de que se dispõe sobre a dengue advêm da divulgação da imprensa, tendo como base a fala de diferentes atores relacionados ao assunto: gestores, médicos, cientistas, cidadãos e pacientes, para citar os mais expressivos. Baseada nessas falas e na própria evolução da doença, a mídia foi e vai construindo o seu discurso e consolidando o arcabouço de informações e valores que permeiam a dengue (FERRAZ; GOMES, 2012).

A informação em saúde pode ser considerada uma estratégia de intervenção que se encontra ainda distante da realidade social definida pelas experiências cotidianas, representações e apropriações. Há necessidade de uma aproximação do campo científico com o senso comum para que haja interação entre essas formas de conhecimento, permitindo a construção de mensagens objetivas e, possivelmente, de maior contribuição ao esclarecimento da população (LENZI; COURA, 2004).

### **7.1.3 Identificação do conhecimento da população estudada**

O fundamental objetivo da participação da comunidade no controle do *Aedes aegypti* é a redução do número de casos, além do desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis (CAVALCANTE; PORTO; TAUIL, 2007). Experiências demonstram que a comunidade tem um papel fundamental nos programas de controle e prevenção de epidemias, entretanto, campanhas informativas, utilizando os meios de comunicação como rádio e televisão, palestras comunitárias por agentes de saúde, demonstram limitada efetividade, se um conhecimento prévio das concepções populares não for conhecido (GONÇALVES NETO et al., 2004).

Na Tabela 7 estão identificados o conhecimento sobre a dengue em relação à: transmissão, sintomas, tratamento e combate ao mosquito pelos indivíduos participantes desse estudo.

**Tabela 7** - Distribuição de frequência da identificação do conhecimento entre os indivíduos da região Centro e do bairro Plataforma no município estudado. Brasil. 2015 (n=144)

Características	Nº de questões corretas	Frequência n (%)			
		Centro		Plataforma	
		G1	G2	G1	G2
<b>Conhecimento Geral sobre a doença</b>	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	1	0 (0)	0 (0)	3 (8,3)	1 (2,7)
	2	0 (0)	3 (8,3)	13 (36,1)	12 (33,3)
	3	22 (61,1)	19 (52,7)	15 (41,6)	18 (50)
	4	14 (38,8)	14 (38,8)	5 (13,8)	5 (13,8)
<b>Conhecimento sobre transmissão</b>	0	0 (0)	1 (2,7)	8 (22,2)	8 (22,2)
	1	3 (8,3)	8 (22,2)	9 (25)	10 (27,7)
	2	11 (30,5)	13 (36,1)	10 (27,7)	8 (22,2)
	3	13 (36,1)	9 (25)	8 (22,2)	9 (25)
	4	9 (25)	5 (13,8)	1 (2,7)	1 (2,7)
<b>Conhecimento sobre sintomas</b>	0	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	3 (8,3)
	1	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)	4 (11,1)
	2	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)	3 (8,3)
	3	0 (0)	3 (8,3)	6 (16,6)	4 (11,1)
	4	3 (8,3)	5 (13,8)	9 (25)	10 (27,7)
	5	2 (5,5)	12 (33,3)	5 (13,8)	6 (16,6)
	6	16 (44,4)	14 (38,8)	12 (33,3)	4 (11,1)
	7	15 (41,6)	0 (0)	3 (8,3)	2 (5,5)
<b>Conhecimento sobre tratamento</b>	0	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)
	1	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
	2	0 (0)	0 (0)	1 (2,7)	0 (0)
	3	1 (2,7)	0 (0)	1 (2,7)	1 (2,7)
	4	6 (16,6)	4 (11,1)	8 (22,2)	11 (30,5)
	5	10 (27,7)	16 (44,4)	15 (41,6)	10 (27,7)
	6	19 (52,7)	16 (44,4)	10 (27,7)	14 (38,8)
<b>Conhecimento sobre prevenção e controle da doença</b>	0	0 (0)	0 (0)	3 (8,3)	1 (2,7)
	1	0 (0)	1 (2,7)	4 (11,1)	3 (8,3)
	2	4 (11,1)	5 (13,8)	9 (25)	6 (16,6)
	3	6 (16,6)	6 (16,6)	4 (11,1)	11 (30,5)
	4	9 (25)	12 (33,3)	10 (27,7)	7 (19,4)
	5	7 (19,4)	12 (33,3)	5 (13,8)	7 (19,4)
	6	10 (27,7)	0 (0)	1 (2,7)	1 (2,7)

Em relação ao ‘conhecimento geral sobre a doença’ observou-se que os participantes responderam corretamente a 75,3% das questões. Na análise comparativa entre os territórios Centro e Plataforma houve predominância de conhecimento no Centro. Entre notificados (G1) e não notificados (G2) detectou-se um nível de conhecimento semelhante (75% para G1 e 75,6% para G2).

Segundo Lenzi e Coura (2004) é necessária uma reflexão a respeito da importância e adequação das informações sobre dengue divulgadas pelos órgãos oficiais direcionados à população. Essas informações podem contribuir para a defesa à saúde. Entretanto, reconhece-se que a relação entre *conhecer* e *agir* não é direta, condicionada e evidentemente decorrente. O indivíduo não é orientado exclusivamente pela lógica da escolha racional resultante de informações sobre comportamentos adequados que promoverão sua saúde. Seu agir é fruto de suas concepções, crenças e valores. Contudo, a não circulação de informações ou a circulação de informações de má qualidade podem levar à inação ou a ações ineficazes.

De acordo com Araújo (2009) os meios de comunicações participam da formação dos sentidos sociais sobre saúde e doença e estes sentidos resultam da combinação de vários discursos emanados de diferentes fontes. O discurso instrutivo é reconhecido pela presença de frases no “*modo imperativo*”: Faça a sua parte!. Já o discurso argumentativo aparece nas frases denominadas “*chamadas tipo manchete*”, por terem o caráter de argumentar sobre a gravidade da doença: Dengue mata!. Tais recomendações assemelham-se a prescrições médicas reafirmando o caráter vertical do modelo biomédico de saúde ainda presentes nas campanhas.

O tópico ‘conhecimento sobre a transmissão da doença’ apontou que 51,2% das questões foram respondidas corretamente. Porém, quando se realiza uma comparação entre os territórios Centro e Plataforma, o percentual de acerto foi maior no Centro (62,8%) e menor no Plataforma (39,5%). Este fato pode estar relacionado à falta de informação específica sobre a transmissão da dengue de forma simples e clara que possa ser compreendida pelo maior número de indivíduos possível. Ou seja, a informação sobre a dengue ainda é pouco esclarecedora, bem como, há descontinuidade na periodicidade na divulgação das informações sobre dengue. As agendas do governo e da imprensa tendem a dar maior ênfase e espaço, respectivamente, na divulgação de informações sobre a dengue no período sazonal ou quando há um agravamento da doença, com maior quantidade de casos identificados.

Ao baixar os níveis de infestação do mosquito e, conseqüentemente, da taxa de incidência da dengue, a circulação de informações sobre a doença é interrompida, e o trabalho de controle de focos passa a assumir uma frequência e cobertura bem menores. Esse silêncio

sazonal propicia um relaxamento quanto aos cuidados relativos aos reservatórios de importância epidemiológica. Em termos de cobertura, verifica-se que as informações sobre a evolução da dengue ocorrem com mais frequência no primeiro semestre do ano do que no segundo (LENZI; COURA, 2004).

Com relação ao ‘conhecimento sobre sintomas da doença’, os entrevistados responderam corretamente a 69,5% das questões. Na análise dos dados realizada por território, mais uma vez, destaca o Centro (79,1%) com um percentual maior de conhecimentos que o Plataforma (59,9%). Quando se realiza análise comparativa entre notificados (G1) e não notificados (G2) verifica-se que os indivíduos notificados possuem maior conhecimento sobre os sintomas. Isso pode estar relacionado ao fato da experiência pessoal frente ao processo de adoecimento.

A infecção por qualquer um dos sorotipos dos vírus da dengue causa uma doença cujo espectro inclui desde formas assintomáticas ou febre indiferenciada até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. A gravidade da doença é atribuída a características individuais, tais como idade e enfermidades crônicas preexistentes (WHO, 2009).

Para Whitehorn e Farrar (2010) febre, dor de cabeça, dor muscular, dor nos olhos e manchas vermelhas na pele são os mais comuns sintomas da dengue clássica. No entanto, outros podem aparecer como anorexia, náuseas, vômitos e diarreia, uma vez que muitas das características da infecção estão relacionadas à resposta imune do indivíduo. Portanto, se faz necessário a divulgação de diversas informações consistentes para evitar o confundimento da população em caso de aparecimento de sintomas menos comuns. Além disso, a maneira como os sintomas são informados pode não auxiliar os indivíduos na distinção entre a dengue e outras enfermidades cujos sintomas podem ser semelhantes.

Evidenciou-se que 85,1% das questões foram respondidas corretamente sobre ‘conhecimento sobre tratamento’ da dengue. No território Centro a porcentagem de acerto foi de 88,6% e no Plataforma de 81,7%. Na comparação entre notificados (G1) e não notificados (G2) observa-se pequena porcentagem maior no nível de conhecimento do G2 em relação a G1.

Para a dengue clássica não há um tratamento específico. Recomenda-se repouso e ingestão abundante de líquido. O tratamento se refere aos sintomas. Para dores e febre, deve-se evitar a ingestão de medicamentos compostos por ácido acetil salicílico, que têm ação anticoagulante. Uma questão importante relativa ao tratamento dos sintomas da dengue é a banalização do uso de paracetamol. Deve-se ter cuidado na ingestão de altas dosagens, que podem acarretar graves problemas de saúde (LENZI; COURA, 2004).

Com relação às informações sobre tratamento, segundo Rangel (2008) o indivíduo deve procurar o serviço de saúde ou médico caso observado alguns dos sintomas, ingestão de bastante líquido e não realizar automedicação. Afirma ainda, que é indispensável que a dengue esteja na pauta da mídia o ano todo e de preferência que as informações veiculadas sanassem as dúvidas mais frequentes da população de maneira correta e precisa.

Quanto ao ‘conhecimento sobre prevenção e controle da doença’ observou-se que 59,7% das questões foram respondidas corretamente. Os resultados obtidos demonstram, também, um nível de conhecimento distinto entre os dois territórios pesquisados com maior porcentagem de conhecimento dos indivíduos do Centro (68,05%) que do Plataforma (60,05%). Na análise comparativa entre notificados (G1) e não notificados (G2) verificou-se que G1 demonstrou ter mais conhecimento do que o G2.

Este fato pode estar relacionado à experiência pessoal desses indivíduos com o processo de adoecimento e possivelmente adquiriram algum conhecimento após exposição à dengue. Pode ter ocorrido reorientação de suas práticas pessoais voltadas à adoção de medidas de prevenção e controle do vetor a partir da participação em atividades de educação em saúde. Stotz (1993) descreve que o processo de adoecimento implica em uma alteração da normalidade tanto do ponto de vista biológico como social. Nesse sentido, a adesão às práticas preventivas pode ser interpretada como uma forma de assegurar a condição de “normalidade”.

De acordo com Aerts (2004) a educação em saúde é considerada uma estratégia utilizada para desenvolver nos indivíduos o senso de responsabilidade pela sua própria saúde e pela saúde da comunidade à qual pertence. Constitui de atividades técnicas voltadas à saúde, objetivando mudanças individuais. Os indivíduos entendem que o adoecimento é fundamental para motivar o cumprimento das ações de controle indicadas pelo poder público. Acreditam que indivíduos não acometidos pela dengue ou que não possuem uma experiência de adoecimento com parente na família apresentam maior resistência à condução de práticas preventivas.

O desconhecimento por parte da população em relação à prevenção e controle da doença pode ser produto das ações de comunicação e educação que priorizam somente informações simplistas sobre o vetor. Essas ações acabam contribuindo para a construção de uma percepção unicausal da doença na medida em que aspectos sobre a relação água/vetor (na fase larvária) e outros fatores socioambientais são negligenciados (RANGEL, 2008).

Para Barros (2007) a ação de prevenção domiciliar de focos do mosquito da dengue utilizada com maior frequência é de “colocar areia no prato de vaso de planta”. Porém, essa recomendação tem sido considerada desatualizada, pois pode ocasionar sujeira pelo

espalhamento da areia e a não renovação pode criar uma lâmina d'água suficiente para que as larvas eclodam dos ovos existentes na borda dos pratos. No entanto, essa informação/prescrição ainda permanece como uma das ações de prevenir a reprodução do mosquito transmissor nos pratos de vasos de plantas.

#### **7.1.4 Representações Sociais da dengue**

O trabalho nessa etapa buscou identificar o entendimento e a percepção dos entrevistados em relação à dengue, utilizando a Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP) e a Técnica da Análise de Conteúdo de Bardin (2009). Neste contexto, entende-se por percepção as ideias e sentimentos compartilhados pelo grupo estudado, ou seja, suas representações sociais. Estando este estudo fundamentado na TRS, a coleta de evocações sobre a dengue realizada junto a um grupo de indivíduos residentes na cidade de Pedra Azul constituiu-se num procedimento capaz de fornecer contribuições significativas para se conhecer o modo como os participantes da pesquisa representavam a dengue.

De acordo com as orientações da TALP as cinco palavras/expressões evocadas pelos indivíduos entrevistados em relação ao tema indutor “dengue” foram digitadas numa planilha no Microsoft Office *Excel* 97-2003. Este procedimento denomina-se preparação do *corpus* da pesquisa, o qual permitiu a uniformização das evocações, deixando-as no singular, masculino, e ainda, permitiu fundir palavras com o mesmo significado semântico. Por exemplo, a palavra “água parada” foi a matriz de agrupamento para “água empossada” e a palavra “morte” foi utilizada para representar “mata”.

Estabelecidos os agrupamentos por categorias, os dados foram processados no *software* EVOC para a montagem dos quatro quadrantes. O processamento dos dados no EVOC controla todas as palavras/expressões evocadas e permite seu levantamento estatístico, capaz de indicar o sistema central (núcleo central) e periférico em relação ao objeto pesquisado. Com esses dados, atribuiu-se um ponto de corte para as frequências e a ordem média de evocações, e o *software* EVOC gerou relatórios que possibilitaram criar um quadro de quatro casas que garantiram os subsídios necessários à análise destas.

Em relação ao tema indutor “dengue”, constatou-se a ocorrência de 701 evocações, sendo que destas 130 eram diferentes entre si. Todas as 701 evocações coletadas foram processadas no *software* EVOC, que forneceu através de um processamento, uma listagem com as palavras mais evocadas, considerando a frequência (F) e a ordem média de evocação

(OME). Para apresentá-los em um formato mais amistoso, os resultados foram organizados em tabelas agrupadas em quatro quadrantes seguindo o modelo articulado por Vianney (2006), onde, segundo ele, os dados se apresentam da seguinte forma: no quadrante superior esquerdo (1º quadrante) são listados os elementos com maior centralidade nas evocações, definidos pelos critérios de maior frequência de citação e de menor OME, e que, portanto, apontam para os elementos do núcleo da Representação Social, nos termos dos estudos de Abric na Abordagem Estrutural das Representações (ABRIC, 2000). Os demais quadrantes trazem os elementos do sistema periférico da RS, com a seguinte distribuição: no quadrante superior direito (2º quadrante) e no quadrante inferior esquerdo (3º quadrante) estão listados, em ordem descendente, os elementos que, pelos critérios de análise de frequência de evocações e de ordem média de citação, estão abaixo dos elementos do 1º Quadrante, mas que são compartilhados pelo grupo analisado, formando, assim, o sistema periférico da RS em análise. E, no quadrante inferior direito (4º quadrante) estão listados os elementos cujas ocorrências indicam aspectos que, apesar de presentes nas evocações, não apontam necessariamente para um compartilhamento deles no grupo pesquisado, e indicam, assim, percepções ou experiências individuais dos entrevistados (VIANNEY, 2006).

Para que a evocação fizesse parte do primeiro quadrante (núcleo central), foi estabelecido o critério de frequência intermediária superior ou igual a 10 ocorrências e mínima de 5. Considerou-se também a ordem média de evocação menor a 2,2. Estes valores foram estabelecidos a fim de se obter para o núcleo central uma relação em torno de quatro ou cinco itens macro (SÁ, 1996). No segundo quadrante (sistema periférico), as evocações apresentaram frequência acima ou igual a 10 ocorrências e ordem média de evocação maior ou igual a 2,2. No terceiro quadrante, elementos com uma frequência abaixo de 10 e ordem média de evocação abaixo de 2,2. No último quadrante (geralmente com as percepções ou experiências individuais ou ocasionais) uma frequência inferior a 10 e ordem média maior ou igual a 2,2 (Tabela 8).

Tabela 8 – Processamento EVOC para a amostra pesquisada em relação à dengue.

1º QUADRANTE			2º QUADRANTE		
Elementos do Núcleo Central	Frequência F $\geq$ 10	Ordem de Evocação OME $<$ 2,2	Elementos do Sistema Periférico	Frequência F $\geq$ 10	Ordem de Evocação OME $\geq$ 2,2
Água	56	2,143	Doença	47	2,574
Caixa	15	2,200	Dor	48	2,354
Cuidado	26	2,192	Estar	10	2,354
Lixo	11	2,000	Falta	13	2,231
Parada	42	2,048	Febre	50	2,380
			Mal	12	3,250
			Morte	33	2,545
			Mosquito	28	2,393
			Perigosa	19	2,211
			Planta	18	3,278
			Pneu	11	2,636
			Vasilha	10	2,300
			Vaso	14	3,214

3º QUADRANTE			4º QUADRANTE		
Elementos do Sistema Periférico	Frequência F $<$ 10	Ordem de Evocação OME $<$ 2,2	Elementos do Sistema Periférico	Frequência F $<$ 10	Ordem de Evocação OME $\geq$ 2,2
Apetite	07	2,000	Garrafa	07	2,286
Picada	07	2,143	Hemorragia	07	3,000
Quintal	06	2,167	Limpeza	08	2,500
Remédio	05	2,000	Sintoma	08	3,250
Tratamento	05	1,600	Vômito	05	2,400
			Sujeira	05	2,200

Fonte: CAMPOS, 2015

O processamento estabelecido pelo *software* EVOC indicou que os elementos “água”, “caixa”, “cuidado”, “lixo” e “parada” foram os de maior frequência e prontamente evocados, portanto, foram os de maior importância e significado para o grupo e representam a percepção dos mesmos em relação à dengue. Os elementos de primeira periferia “doença”, “dor”, “estar”, “falta”, “febre”, “mal”, “morte”, “mosquito”, “perigosa”, “planta”, “pneu”, “vasilha” e “vaso” representaram os de alta frequência de citação, porém mais tardiamente evocados. Os elementos de contraste “apetite”, “picada”, “quintal”, “remédio” e “tratamento” representaram os de baixa frequência, mas de importância para os sujeitos ou de um subgrupo minoritário com representação diferente. Os “elementos de segunda periferia” “garrafa”, “hemorragia”, “limpeza”, “sintoma”, “vômito” e “sujeira” foram os menos frequentes e de baixa importância, portanto, foram os mais distantes do sistema central e com menor possibilidade de dialogar com o mesmo.

O processamento estabelecido pelo *software* EVOC indicou que os elementos “água”, “caixa”, “cuidado”, “lixo” e “parada” foram os mais significativos para o grupo e, conseqüentemente, constituintes do sistema central da representação dos indivíduos pesquisados em relação à dengue. Com base nestes elementos, pode-se dizer que este

agrupamento significativo indica uma forma típica de pensar de um determinado grupo, que aponta para uma representação social em relação à dengue que pode ser expressa nos seguintes termos: a dengue é uma doença transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* presente em locais que possam acumular água parada, como lixo e caixas d'água destampadas. Por entender que o vírus é perigoso, sabe-se que são necessários cuidados para evitar a doença.

Outra possível forma de leitura e análise dos dados é a partir da segmentação do grupo pesquisado, conforme os grupos G1 (com notificação) e G2 (sem notificação). Esta segmentação teve como propósito verificar as possíveis relações entre nível de percepção dos indivíduos com e sem notificação da dengue. A tabela 9 apresenta os resultados, considerando de maneira independente as contribuições desses grupos.

TABELA 9 - Processamento EVOC para os entrevistados sobre a dengue, considerando de maneira independente as contribuições dos grupos G1 e G2

G1			G2		
<b>1º Quadrante</b>			<b>1º Quadrante</b>		
Elementos do grupo central	F ≥ 7	OME < 2,2	Elementos do grupo central	F ≥ 7	OME < 2,2
Água	20	2,150	Água	36	2,139
Lixo	09	2,000	Cuidado	14	1,857
Parada	16	2,125	Parada	26	2,000
Picada	07	2,143	Perigosa	11	2,091
<b>2º Quadrante</b>			<b>2º Quadrante</b>		
Elementos do grupo central	F ≥ 7	OME ≥ 2,2	Elementos do grupo central	F ≥ 7	OME ≥ 2,2
Cuidado	12	2,583	Caixa	10	2,400
Doença	25	2,520	Doença	22	2,636
Dor	23	2,261	Dor	25	2,440
Falta	11	2,364	Febre	25	2,440
Febre	25	2,320	Morte	16	2,750
Morte	17	2,353	Mosquito	12	2,500
Mosquito	16	2,313	Planta	13	3,154
Perigosa	08	2,375	Pneu	08	2,375
Sintoma	07	3,143	Vasilha	07	2,714
			Vaso	12	3,167
<b>3º Quadrante</b>			<b>3º Quadrante</b>		
Elementos do grupo central	F < 7	OME < 2,2	Elementos do grupo central	F < 7	OME < 2,2
Apetite	05	2,200	Quintal	03	1,667
Caixa	05	1,800	Remédio	03	1,667
Tratamento	03	1,667			
Vasilha	03	1,333			
Vômito	03	2,000			
<b>4º Quadrante</b>			<b>4º Quadrante</b>		
Elementos do grupo central	F < 7	OME ≥ 2,2	Elementos do grupo central	F < 7	OME ≥ 2,2
Estar	05	3,400	<i>Aedes</i>	04	2,250
Fraqueza	03	3,333	<i>Aegypti</i>	04	2,250
Mal	06	3,500	Coceira	03	2,333
Planta	05	3,600	Estar	05	3,000
Pneu	03	3,333	Garrafa	06	2,333
Quintal	03	2,667	Hemorragia	05	2,800
Sujeira	03	3,000	Limpeza	06	2,333
			Mal	06	3,000
			Transmissor	03	2,333

Fonte: CAMPOS, 2015

A partir do estudo comparativo, foi possível esboçar duas definições relativas à dengue. Para os indivíduos com notificação (G1), a dengue é uma doença transmitida pela picada do mosquito *Aedes aegypti* presente em locais que possam acumular água parada e lixo. Enquanto que para os entrevistados não notificados (G2) o mosquito *Aedes aegypti* está presente em locais que possam acumular água parada, sendo que deve-se ter *cuidado* para

evitar a doença, que é perigosa. A principal distinção entre as evocações do núcleo central dos grupos 1 e 2 referem-se a determinadas abordagens da dengue. Enquanto o grupo com notificação centrou-se mais em fatores relacionados a ambiente e transmissão da doença (*lixo e picada*), o grupo não notificado destacou mais a necessidade de prevenir e a consequência da doença (*cuidado e perigosa*).

Após a identificação do núcleo central da RS, através do aplicativo EVOC, foi realizada uma análise das contribuições dos indivíduos pesquisados utilizando-se a técnica de Análise de Conteúdo de Bardin (2009).

## 7.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos, deste estudo, surgiram a partir das informações obtidas com os grupos estudados. Nessa perspectiva, buscou-se um olhar multifacetado sobre a totalidade das informações recolhidas e considerado à pluralidade de significados atribuídos ao produtor de tais dados. A partir da categorização dos temas e respectivas questões inseridas na entrevista identificou-se quatro (4) categorias: fator ambiental (água parada), agente transmissor da doença (mosquito), sinais e sintomas da doença (dor, febre e diarreia) e ações de prevenção à doença (limpeza e higiene). A categorização representa a passagem dos dados brutos a dados organizados. Permite reunir um número de informações por meio de uma esquematização e assim correlacionar classes de acontecimentos para ordená-los. É importante salientar que não foram realizadas alterações ortográficas ou gramaticais no discurso expresso pelos participantes.

### 7.2.1 Categoria 1: Fator ambiental

Essa categoria designa o elemento ou o componente específico que influencia no funcionamento do sistema ambiental, ou seja, a falta de cuidado da população com o ambiente em que vive. Água parada sem tratamento, onde se acumula sujeiras foi identificada como um elemento ambiental favorável à manifestação da dengue. No entanto, água parada, mas limpa, não é considerada como um risco à saúde, demonstrando que os entrevistados provavelmente não possuem conhecimento adequado da relação entre água parada e sua relação com a

transmissão da doença. Pode também ser atribuída à cultura a falta de cuidado da população com o seu entorno, o que leva a um ambiente propício para a manutenção de criadouros do *Aedes aegypti*.

“Porque tendo a água parada, vai juntar as cabecinhas de prego, larvas, que transforma em mosquito da dengue. Eu acho que é assim que fala” (G1 - 30, Centro).

“Porque onde a dengue procura mais é a água parada” (G1 – 36, Plataforma).

A noção de risco à saúde tem sido tradicionalmente associada a águas sujas ou contaminadas por matéria orgânica. As orientações sobre higiene e prevenção de várias doenças infecciosas baseiam-se nos cuidados para manter a água de consumo limpa, evitando sua contaminação. A ideia de risco à saúde vinculada aos reservatórios de água limpa, notadamente aqueles situados no espaço doméstico, apresenta, por conseguinte, maior dificuldade de aceitação (CLARO; TOMASSINI; ROSA. 2004).

A preocupação com a saúde de populações expostas à água contaminada por substâncias químicas é um tema discutido em fóruns internacionais. O relatório da Avaliação Ecosistêmica do Milênio destacou, recentemente, a importância que o consumo de água livre de produtos químicos e de contaminantes microbianos – para cozinhar e se higienizar – tem para a saúde e o bem-estar das pessoas (CORVALÁN, HALES, MCMICHAEL; 2005). A opção de controlar o vetor da dengue com o uso intenso de produtos químicos, ao longo de décadas, é fato preocupante, frente aos potenciais efeitos tóxicos que esses produtos podem ter na saúde humana e nos seres vivos de um modo geral, mediante contaminação ambiental e alimentar (PAVÃO, LEÃO; 2005).

Fatores meteorológicos como temperatura, umidade relativa do ar e pluviosidade podem influenciar a dinâmica do vetor, bem como os picos das epidemias da dengue no Brasil, independente do compartimento climático. A ocorrência do agravo está associada à elevação dos índices pluviométricos e às variações de temperatura, principalmente no primeiro semestre de cada ano. Trata-se do período de pluviosidade e temperatura mais elevadas na maior parte do Brasil, o que contribui para o aumento do número de criadouros e, conseqüentemente, dos casos da dengue (VIANA; IGNOTTI, 2013).

De acordo com Buss (2000) há necessidade da criação de ambientes favoráveis, implicando dessa maneira na proteção do meio ambiente e na conservação dos recursos naturais. É necessário o acompanhamento sistemático do impacto que as mudanças no meio ambiente podem produzir sobre a saúde. A condição biológica do homem impõe-lhe a

necessidade da convivência com os elementos da natureza em seu estado não degradado, pois a vida humana se realiza, particularmente, com dificuldade em condições de ar, água e solo deteriorados e na ausência do relevo e da vegetação.

Para Barcellos et al. (2002) território é o resultado da acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população.

### 7.2.2 Categoria 2: Agente transmissor da doença

Esta categoria identifica o mosquito como um inseto, semelhante ao pernilongo, que transmite o vírus da dengue e deposita seus ovos em água parada sem tratamento, onde se acumula sujeiras.

“É porque eu ouço que o mosquito é o transmissor da dengue. Nunca ouvir falar que tem outro que não seja o mosquito” (G2 -1, Centro).

“Porque o mosquito é o transmissor da dengue” (G1 – 2, Plataforma).

As falas demonstram que os entrevistados provavelmente possuem conhecimento sobre a gravidade do mosquito como agente transmissor da doença, embora, ainda, tenham a ideia superficial de que o mosquito não gosta de água limpa.

O modo de transmissão da dengue ocorre pela picada do *Aedes aegypti*, no ciclo homem - *Aedes aegypti* - homem. A fêmea do mosquito *Aedes* é contaminada com o vírus da dengue depois de se alimentar do sangue de um indivíduo contaminado durante uma doença febril aguda (fase virêmica). Depois de um período de 8-10 dias de incubação extrínseca, o mosquito contaminado transmite a infecção através da picada. Não há transmissão por contato direto de um doente ou de suas secreções com uma pessoa sadia, nem de fontes de água ou alimento (BRASIL, 2002).

Para Tauil (2007) o controle da incidência da dengue está baseado naquele que é, atualmente, o único elo vulnerável de sua cadeia de transmissão: o mosquito *Aedes aegypti*, seu principal vetor. A ação contra esse inseto, extremamente adaptado às condições das cidades de hoje, é complexa e exige ações coordenadas de múltiplos setores da sociedade, além de mudanças de hábitos culturais arraigados na população. O combate ao vetor deve ser

mantido de forma contínua, portanto, aperfeiçoando-se a execução das onerosas e complexas medidas e estratégias de controle disponíveis.

Tanto fator ambiental e agente transmissor da doença, quanto território incorporam dimensões que estão em transformação, ou seja, são considerados fluxos. Possuem dimensão simbólica, ou cultural e uma dimensão material, de natureza econômico-política. A ideia de território caminharia então do político para o cultural, ou seja, das fronteiras entre os povos aos limites do corpo. Isto aponta para novas propostas teórico-metodológicas, cuja base está na perspectiva da operacionalização do conceito de território usado de Santos e Silveira (2001) na escala social do cotidiano. Com visão antropológica, esta abordagem de território abre possibilidades para as análises em saúde, particularmente para a atenção primária, como para o entendimento contextual do processo saúde-doença, principalmente em espaços comunitários.

Conhecer o ciclo de vida do vetor da dengue no Brasil é imprescindível para que haja entendimento e adesão das ações de controle físico divulgadas nas ações de informação, educação e comunicação. Contudo, Rangel (2008) alerta que o desconhecimento por parte da população em relação a esse tópico pode ser produto das ações de comunicação e educação, destinadas à prevenção da dengue, que priorizam somente informações simplistas sobre o vetor.

Além de adquirir conhecimentos sobre a doença e seu vetor, é indispensável conhecer e desenvolver métodos didáticos para atuar com populações específicas; possuir informações sobre história, sociologia e relações humanas, entre outras. Ou seja, possuir olhar ampliado para questões que vão além da biologia, patologia e tratamento do dengue (modelo reduzido do processo saúde/doença). Desta forma, torna-se importante que se desenvolvam relações horizontais entre profissionais e usuários dos serviços de saúde para que as ações sejam complementares para efetiva prevenção da dengue (ALVES; AERTS, 2011).

### **7.2.3 Categoria 3: Sinais e sintomas da doença**

Nessa categoria, dor, febre e diarreia são descritos como os sinais e sintomas mais frequentes da doença. A dor foi avaliada como um incômodo para o corpo, insuportável e que impede o indivíduo de realizar suas atividades diárias.

Em relação aos sinais e sintomas inespecíficos da dengue como febre, cefaleia e mialgia, possivelmente o conhecimento da população é considerado satisfatório. No entanto, o

sinal mais característico de dengue, dor retro-orbitária, é desconhecido. Para Cáceres-Manrique et al. (2009) o reconhecimento de sinais inespecíficos da doença não é valorizado pela população que não procura por um atendimento precoce, retardando o manejo clínico mais efetivo da doença, a notificação do caso e a possibilidade de prevenção e controle de novos casos.

“Não... Porque assim... Quando eu tive a dengue eu tive muita dor. Dor no corpo inteiro” (G1 – 36, Centro).

“Porque assim... Doi os ossos, doi os olhos, doi a cabeça. A gente tem medo de tomar um banho, porque fica assim, dolorido. Então pra mim essa palavra dor significa tudo” (G1 – 10, Plataforma).

A febre foi considerada uma elevação da temperatura do corpo e um sintoma comum da dengue.

“Febre é uma indisposição, desânimo... Acho que só” (G2 – 35, Centro).

Pode-se considerar que, provavelmente essa população considera a dengue uma doença corriqueira, ocasionando uma descrença na sua gravidade. De acordo com Santos, Cabral e Augusto (2011) o desconhecimento dos sintomas de agravamento da dengue é crescente, bem como a frequência de manifestações e o aumento dos óbitos. Porém, é uma condição que pode ser modificada com a inclusão de orientações sobre sinais e sintomas da doença, com linguagem adequada para a população.

A infecção por qualquer um dos sorotipos dos vírus da dengue causa uma doença cujo espectro inclui desde formas assintomáticas ou febre indiferenciada até quadros graves, podendo evoluir para o óbito. A gravidade da doença é atribuída a características individuais, tais como idade e enfermidades crônicas preexistentes (WHO, 2009).

A dengue clássica se manifesta como um quadro de febre alta, acompanhado de cefaleias (dores de cabeça), dores nos olhos, fadiga e intensa dor muscular e óssea, o que justifica o codinome “febre quebra-ossos”. Outro sintoma comum é o rash, manchas avermelhadas predominantes no tórax e membros superiores, que desaparecem momentaneamente a digito pressão. O rash normalmente surge a partir do 3º dia de febre. É necessário cautela em relação às manifestações que podem indicar gravidade, o que pode acontecer, geralmente, a partir do momento em que a febre começa a ceder (CÁCERES-MANRIQUE et al., 2009).

A diarreia é tida como uma emissão frequente de fezes líquidas e em abundância, podendo acarretar perda de líquido.

“Porque a diarreia desidrata muito a pessoa. A pessoa perde muito líquido. A pessoa fica fraca” (G2 – 25, Centro).

De acordo com Silva (2002) a explicação para a ocorrência do episódio diarreico pode ser compreendida dentro de um modelo de multicausalidade. Na base do problema estão incluídos fatores socioeconômicos, demográficos, culturais, comportamentais e fatores biológicos. A identificação dos fatores de risco associados à ocorrência do episódio diarreico permite uma abordagem racional da doença. O profissional de saúde pode intervir nesta cadeia de eventos implementando medidas educativas (promoção da saúde, higiene pessoal, alimentar e doméstica).

#### **7.2.4 Categoria 4: Ações de prevenção à doença**

Nessa categoria ficam estabelecidos que limpeza e higiene são identificadas como ações preventivas contra a dengue. Limpeza significa manter o quintal limpo e não jogar lixo na rua, além da necessidade de orientação do serviço público sobre o fluxo da coleta do lixo (frequência, forma de armazenamento). É considerada como essencial para a prevenção, devendo ser realizada tanto pela população, quanto pela prefeitura. Higiene foi citada como uma característica individual, ou seja, cada indivíduo deve manter limpa sua residência.

“Sem limpeza não tem como... Presença de mato acumulado, córrego sujo. Falta informações por parte da prefeitura, dos agentes de saúde e cooperação dos vizinhos” (G2 – 5, Plataforma).

“Porque a higiene faz parte de tudo. É importante limpar os quintais e a caixa d água” (G2 – 15, Plataforma).

As falas reforçam o discurso de que para essa população a dengue possivelmente ocorre em um local com acúmulo de lixo. Para o combate à doença, pelo menos três atores foram lembrados: o governo, a sociedade e o indivíduo. O governo é tido como o detentor do conhecimento que deve repassar as informações de prevenção à população, o que evidencia uma dissimetria de conhecimentos e poder.

Raffestin (1993) entende o território como todo e qualquer espaço caracterizado pela presença de um poder, ou ainda, “um espaço definido e delimitado por e a partir de relações de poder”. E ainda, o poder “surge por ocasião da relação”, e “toda relação é ponto de

surgimento do poder”. Quando coexistem em um mesmo espaço várias relações de poder dá-se o nome de ‘territorialidades’, de modo que uma área que abriga várias territorialidades pode ser considerada vários territórios. É o que acontece no território familiar, onde o morador ora é o ator que detêm o poder, ora é o agente público (governo) que irá impor seu conhecimento e poder no ambiente doméstico, com o morador, por vezes, sendo um mero espectador da ação do agente público.

A territorialidade para Sack (1986) é uma estratégia dos indivíduos ou grupo social para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área. A territorialidade resulta das relações políticas, econômicas e culturais, e assume diferentes configurações, criando heterogeneidades espacial, paisagística e cultural - é uma expressão geográfica do exercício do poder em uma determinada área e esta área é o território.

Segundo Donalisio, Alves e Visockas (2001) algumas hipóteses são consideradas para explicar este desconhecimento e atitudes, como o inadequado entendimento da cadeia de transmissão, maior consumo de embalagens descartáveis, manutenção de plantas aquáticas no domicílio ou, simplesmente, a população ignora as recomendações recebidas, seja, pelos profissionais de saúde ou pela mídia.

Nas diretrizes de prevenção e controle da dengue, há o privilégio das ações de educação em saúde realizadas em uma perspectiva integrada entre diversas esferas sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009). Para tal, a sinergia de esforços entre o setor da educação e os serviços de saúde adquire especial destaque.

Na atualidade, pela falta de vacina eficaz disponível, os vetores ainda se constituem no único elo vulnerável na cadeia de transmissão [dos vírus] da dengue. Desta forma, os programas de combate à doença estão estruturados com base no controle deste inseto, desde a eliminação de criadouros, tratamento químico e biológico para ovos e formas imaturas, até a aspersão de inseticida à UBV para debelar episódios epidêmicos em andamento (TAUIL, 2007).

A conscientização da população e a comunicação em saúde também devem ser utilizadas para auxiliar no combate ao vetor. A educação é mais do que simples transmissão de informações e sua memorização, assim como apenas a informação e o conhecimento não são suficientes para promover mudanças de comportamento. Por isso, mais do que mensagens e campanhas adequadamente planejadas e divulgadas, as ações de prevenção da doença precisam ser compartilhadas, ou seja, produzidas em conjunto com as pessoas a quem se

destinam na busca da construção conjunta do conhecimento e de uma aprendizagem mais eficaz e duradoura (RANGEL, 2008).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A educação em saúde e a participação comunitária são vistas como uma das formas importantes de se combater o mosquito da dengue, considerando que a maioria dos focos está localizada no interior dos domicílios e peri domicílios. Portanto, a colaboração da população torna-se fundamental para o êxito de qualquer tipo de campanha no combate à dengue.

A identificação do conhecimento e das fontes de informação sobre a dengue torna-se uma ferramenta estratégica importante para os gestores de políticas públicas. Assim, durante a execução do planejamento das ações poderão analisar o cenário de cada território, identificando os tipos de informações e o papel dos profissionais de saúde e dos meios de comunicação nesse processo.

Pode-se constatar nesse estudo que todos os entrevistados responderam corretamente a maioria das questões propostas. Na análise comparativa entre notificados (G1) e não notificados (G2), o G1 demonstrou possuir um nível de conhecimento superior ao G2. Contudo, confirmou-se não haver correlação entre doença e conhecimento. A principal diferença no nível de conhecimento foi detectada entre os bairros pesquisados, sendo que tanto G1 quanto G2 do território Centro demonstraram possuir um nível de conhecimento maior que G1 e G2 do bairro Plataforma.

Há evidências de que o nível de conhecimento está associado à escolaridade e renda. Neste estudo, verificou-se que os indivíduos com nível superior ou ensino médio, classificados como A ou B obtiveram os melhores resultados. Em contrapartida, indivíduos sem escolaridade ou ensino fundamental incompleto, classificados como D ou C, obtiveram os piores índices de acerto. Tais características ajudam a explicar os resultados encontrados na análise dos territórios, onde Centro possui maior escolaridade e renda e, conseqüentemente, maior nível de conhecimento. Com relação à faixa etária, indivíduos com idade entre 18 e 40 anos demonstraram um maior conhecimento, seguido pelo grupo de 41 a 59 anos. Já os indivíduos com 60 anos ou mais acertaram menos questões em todos os cenários analisados.

Identificou-se que a televisão, os profissionais de saúde, os materiais impressos e os carros de som são as principais fontes de informação a respeito da dengue. A televisão destaca-se por ser o bem durável mais presente nas residências pesquisadas. As informações repassadas são de responsabilidade dos meios de comunicação, sendo suas mensagens mais impessoais e de ampla divulgação. Já as informações repassadas pelos profissionais de saúde, materiais impressos e carros de som são de responsabilidade do governo. O repasse de

informações por estes meios tem como vantagem serem adaptadas ao contexto regional/local, porém a divulgação dessa informação pode ser limitada.

A maioria dos indivíduos declarou confiar nas informações repassadas pelos meios de comunicação e profissionais de saúde. No entanto, os meios de comunicação obtiveram maior confiabilidade. A menor confiabilidade nos profissionais de saúde pode estar relacionado ao fato dos agentes de saúde realizar as visitas domiciliares, mas sem estabelecer um diálogo e vínculo com o morador. Suas ações ficam restritas a aplicação dos produtos químicos (larvicida e inseticida), ou a um discurso unidirecional, onde o conhecimento do morador era pouco valorizado.

O estudo apontou que o perfil dos indivíduos é, em sua maioria, de adultos jovens, com idade variando de 18 a 40 anos, grande parte de casados, maior participação do gênero feminino, de classificação econômica D e C. Em relação à escolaridade, no Centro há maior porcentagem de indivíduos com ensino médio completo e superior completo. Porém, no Plataforma há maior frequência de indivíduos com ensino fundamental incompleto e sem escolaridade.

A identificação da representação social da dengue nos grupos G1 e G2 mostrou que a principal distinção entre as evocações do núcleo central dos grupos 1 e 2 referem-se a determinadas abordagens da dengue. Enquanto G1 centrou-se em fatores relacionados a ambiente e transmissão da doença (lixo e picada), o G2 destacou a necessidade de prevenir e a consequência da doença (cuidado e perigosa). Os resultados obtidos pela análise do Bardin consideraram à pluralidade de significados atribuídos às principais palavras enunciadas e identificou quatro (4) categorias: fator ambiental (água parada), agente transmissor da doença (mosquito), sinais e sintomas da doença (dor, febre e diarreia) e ações de prevenção à doença (limpeza e higiene).

Espera-se que os resultados deste estudo proporcionem reflexões, principalmente, aos profissionais e gestores de saúde para que implementem um novo processo de trabalho, capaz de fortalecer as ações de promoção e prevenção à saúde. Para que tal processo se efetive, é preciso que se invista em pesquisas, que podem ser realizadas pelos próprios profissionais de saúde, em suas visitas domiciliares, ou através da coleta de informações nas unidades de saúde, capazes de auxiliar esses profissionais quanto às características da população que reside em cada território, buscando compreender suas demandas de saúde.

Faz-se necessário conhecer melhor o território para que os resultados positivos sejam ampliados. Ou seja, aqueles profissionais que conhecem seu território de saúde terão melhores condições de propor ações específicas para não só repassar informações aos indivíduos, mas

buscarem um maior diálogo com essa população. Processo este que visa quebrar barreiras comunicativas e instigar esses indivíduos a serem atores e corresponsáveis por sua própria saúde.

## REFERÊNCIAS

ABE, A. H. M.; MARQUES, S. M.; COSTA, P. S. S. **Dengue em crianças: da notificação ao óbito.** *Rev. Paul. Pediatr.* [online]. 2012, v. 30, n. 2, p. 263-271. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rpp/v30n2/17.pdf> Acesso em: 28 mai. 2014.

ABEP. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Disponível em: <http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx> Acesso em: 03 abr. 2014.

ABRIC, J. C. **A abordagem estrutural das representações sociais.** In: MOREIRA, A. S. P.; OLIVEIRA, D. C. (Orgs.). **Estudos interdisciplinares de representação social.** 2. ed. Goiânia: AB, 2000.

AERTS, D. et al. **Promoção da saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã.** *Cad Saúde Pública* 2004; 20(4):1020-8.

ALVES G.G; AERTS D. **As práticas educativas em saúde e a Estratégia de Saúde da Família.** *Cien Saude Colet* 2011; 16(1):319-325.

ALVES, J.E.D.; CAVENAGHI, S.; BARROS, L.F.W. **A família DINC no Brasil: algumas características sócio-demográficas.** Textos para Discussão, Escola Nacional de Ciências Estatísticas. , v.30, p.1 - 34, 2011.

ARAÚJO, I.S. **Contextos, mediações e produção de sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde.** RECIIS – Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde. v.3, n.3, p. 42-50, set., 2009.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ARMINDO, G.L.; DINIZ, M.C.P.; SCHALL, V.T. Materiais educativos impressos sobre dengue: análise quali-quantitativa e reflexões sobre comunicação e educação em saúde. Trabalho apresentado no VIII Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências, de 5 a 9 de dezembro de 2011. Universidade Estadual de Campinas. Disponível em <http://www.nutes.ufsj.br/abrapec/viiiienpec/resumos/R0288-1.pdf> Acesso em: 19 ago. 2015.

ARMINDO, G. L. et al. **Prevenção e controle da dengue na visão de agentes de controle de endemias - desafios e perspectivas.** In: II Convibra Saúde, 2013, On line. Anais do II Convibra Saúde, 2013. Disponível em: [http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/58/2013\\_58\\_7768.pdf](http://www.convibra.com.br/upload/paper/2013/58/2013_58_7768.pdf) Acesso em: 19 ago. 2015.

ARRUDA, A. **Teoria das representações Sociais e teorias de gênero**. Cadernos de Pesquisa, n. 117, p.127-147, novembro/2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cp/n117/15555.pdf> Acesso em: 25 mar. 2014.

ATLAS BRASIL. **Atlas do desenvolvimento humano no Brasil 2013**. Disponível em: [http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/pedra-azul\\_mg](http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil/pedra-azul_mg). Acesso em: 25 mar. 2014.

BARCELLOS, C.; et al. **Organização espacial, saúde e qualidade de vida: A análise espacial e o uso de indicadores na avaliação de situações de saúde**. Informe Epidemiológico do SUS, 2002. 11(3): 129-138.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. **Dengue no Brasil: Situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa**. Estudos Avançados. Brasília, v. 22, n. 64, p. 53-72, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v22n64/a05v2264.pdf> Acesso em: 21 mai. 2014.

BARROS, H S. **Investigação de conhecimentos sobre a dengue e do índice de adoção de um recurso preventivo (capa evidengue®) no domicílio de estudantes, associados a uma ação educativa em ambiente escolar**. 2007. Dissertação (Mestrado em Ensino em Biociências e Saúde). Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

BAUER M.W.; AARTS B. **A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos**. In: Bauer M, Gaskell G, organizadores. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 39-63.

BELTRÁN, L.R. **La importância de La comunicaci3n em La promoci3n de La salud**. Comunicaç3o & Sociedade. São Bernardo do Campo: PósCom-Umesp, n.35, p.139-158. 1º sem. 2001.

BRASIL. **A sociedade contra a dengue**. Ministério da Saúde (MS). Brasília: MS; 2002.

BRASIL. **Atenç3o Prim3ria e Promoç3o da Sa3de**. Coleç3o para entender a gest3o do SUS. Volume 3. Brasília : Conselho Nacional de Secret3rios de Sa3de (CONASS), 2011a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para\\_entender\\_gestao\\_sus\\_v.3.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/para_entender_gestao_sus_v.3.pdf) Acesso em: 13 abr. 2014.

BRASIL. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Sa3de**. Secretaria de Atenç3o à Sa3de.

Ministério da Saúde. 2014a. Disponível em:  
[http://cnes.datasus.gov.br/Lista\\_Tot\\_Es\\_Municipio.asp?Estado=31&NomeEstado=MINASGERAIS](http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Municipio.asp?Estado=31&NomeEstado=MINASGERAIS) Acesso em: 06 abr. 2014.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. 1988. Art. 196 a 200. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) Acesso em: 17 jun. 2014.

BRASIL. **Departamento de Atenção Básica 2012**. Ministério da Saúde. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico\\_cobertura\\_sf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php) Acesso em: 06 abr. 2014.

BRASIL. **Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento**. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_aspecto\\_epidemiologicos\\_diagnostico\\_tratamento.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf) Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. – 4. ed. – Brasília, 2011b. Disponível em:  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue\\_manejo\\_adulto\\_crianca\\_4ed\\_2011.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_manejo_adulto_crianca_4ed_2011.pdf) Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. 2006. Portaria Gabinete Ministerial. Ministério da Saúde n. 399, de 22 de Fevereiro de 2006. Disponível em:  
<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399\\_20060222.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtgm399_20060222.pdf)>. Acesso em: 20 maio. 2015.

BRASIL. Lei Federal nº 11.445 de 5 de janeiro de 2007. Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 05 jan. 2007.

BRASIL. **Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Presidência da República, 1990. Disponível em [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18142.htm) Acesso em: 25 jun. 2014.

BRASIL. **O agente comunitário de saúde no controle da dengue**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília, 2009. Disponível em:

[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente\\_comunitario\\_saude\\_controle\\_dengue.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agente_comunitario_saude_controle_dengue.pdf)  
Acesso em: 16 abr. 2014.

BRASIL. **Sala de Apoio à Gestão Estratégica - SAGE**. Ministério da Saúde. 2014b.  
Disponível em: <http://189.28.128.178/sage/> Acesso em: 12 abr. 2014.

BRASIL. **Sistema de Informação e Agravos de Notificação – Sinan-Net**. Ministério da Saúde. 2014c.

BRASIL. **Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006**. 2006. Casa Civil. Disponível em:  
[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2004-2006/2006/lei/111350.htm) Acesso em: 16 abr. 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão; 2010. Disponível em:  
<<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 20 mai. 2015.

BUENO, W.C. **A cobertura de saúde na mídia Brasileira: os sintomas de uma doença anunciada**. 2001. Disponível em:  
[http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/d/de/024\\_-\\_Wilson\\_C.\\_Bueno.pdf](http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/d/de/024_-_Wilson_C._Bueno.pdf) Acesso em: 20 mai. 2015.

BUENO, W. C. **A cobertura de saúde na mídia brasileira: os sintomas e uma doença anunciada**. Comunicação & Sociedade. São Bernardo do Campo: PósCom-Umesp, n.35, p.187-210, 1º sem. 2001.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1):163-177, 2000.

CÁCERES-MANRIQUE F.M. et al. **Conocimientos, actitudes y prácticas sobre dengue en dos barrios de Bucaramanga, Colombia**. *Rev Salud Publica*. 2009 feb;11(1):27-38.

CAIAFFA, W. T. et al. **The urban environment from the health perspective: the case of Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.21, n.3, pp. 958-967. Disponível em: <http://www.scielo.org/mwg-internal/de5fs23hu73ds/progress?id=biA3AtrfhUPXDPk5SAXU9r0PmnwxaOhexS0zAc4aWtU>, Acesso em: 10 mar. 2015.

CAMARA, F. P. et al. **Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas**. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* [online]. 2007, v. 40, n. 2,

p. 192-196. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v40n2/a09v40n2.pdf> Acesso em: 26 mai. 2014.

CASTELLÓN, A.L., ARAOS, U.C. **Comunicación y salud: El caso del sistema de salud chileno**. Comunicação & Sociedade. São Bernardo do Campo: PósCom-Umesp, n.35, p.211-239, 1º sem. 2001.

CAVACA A.G.; VASCONCELLOS-SILVA P.R. **Doenças midiaticamente negligenciadas: uma aproximação teórica**. Interface (Botucatu). 2015; 19 (52):83-94.

CAVALCANTE, F. G.; MINAYO, M. C. S. **Representações sociais sobre direitos e violência na área da deficiência**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, v. 14, n. 1, p. 57-66. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n1/a11v14n1.pdf> Acesso em: 25 mar. 2014.

CAVALCANTE K.R.J.L.; PORTO V.T.; TAUIL P.L. **Avaliação dos conhecimentos, atitudes, e práticas em relação à prevenção de dengue na população de São Sebastião - DF. Brasil, 2006**. *Comun Cien Saude*. 2007 abrjun; 18(2):141- 6.

CECCIM, R.B. **Educação permanente em saúde: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), 975-986, 2005.

CGIB. Pesquisa sobre o uso das tecnologias de informação e comunicação no Brasil [livro eletrônico]: TIC Domicílios e Empresas, 2012 [coordenação executiva e editorial Alexandre F. São Paulo: Comitê Gestor da Internet no Brasil, 2013.

CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B.; ROSA, M. L. G. **Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, n. 6, p. 1447-1457. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/02.pdf> Acesso em: 26 abr. 2014.

CORVALÁN C., HALES S., MCMICHAEL A. **Ecosistemas y Bienestar Humano. Síntesis sobre Salud**. Un informe de la Evaluación del Milenio (EM). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005.

COSTA, A. I. P.; NATAL, D. **Distribuição espacial da dengue e determinantes socioeconômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.32, n.3, pp. 232-236. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n3/p232-236.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

Costa M.P.F. **Ressuscitação cardiopulmonar: aspectos da comunicação e do tempo.** In: Silva MJP, organizadora. Qual o tempo do cuidado? Humanizando os cuidados de enfermagem. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Loyola; 2004. p. 111-22.

DONALISIO, M.R.; ALVES, M.J.C.P.; VISOCKAS, A. **Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão da dengue – região de campinas São Paulo, Brasil – 1998.** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. v. 34, n. 2, p. 197-201, mar./abr. 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n2/a08v34n2.pdf> Acesso em: 26 abr. 2014.

DONALISIO, M. R.; GLASSER, C. M. **Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue.** *Rev. Bras. Epidemiol.* [online]. 2002, v. 5, n. 3, p. 259-279. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v5n3/05.pdf> Acesso em: 29 mai. 2014.

FARACO, C. B.; SEMINOTTI, N. **A relação homem-animal e a prática veterinária.** Revista CFMV. Brasília, Ano X, n.32, p. 57-62, mai-ago, 2004.

FERRAZ, L.M.R; GOMES, I.M.A.M. **A construção discursiva sobre a dengue na mídia.** Rev Bras Epidemiol. 2012; 15(1): 63-74.

FERREIRA, B. et al. **Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 961-972. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n3/32.pdf> Acesso em: 11 mar. 2015

FLAUZINO, R.F.; SOUZA-SANTOS, R.; OLIVEIRA, R.M. **Indicadores socioambientais para vigilância da dengue em nível local.** Revista Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 1, p.225-240, 2011.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. **Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, v. 20, n. 5, p. 1334-1341. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/28.pdf> Acesso em: 17 abr. 2014.

FRANCO, M. L. P. B. **Representações sociais, ideologia e desenvolvimento da consciência.** *Cad. Pesqui.* [online]. 2004, v. 34, n. 121, p. 169-186. Disponível em: <http://educa.fcc.org.br/pdf/cp/v34n121/v34n121a08.pdf> Acesso em: 25 mar. 2014

FREIRE, P. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983.

FUNASA. **Manual de saneamento.** 3. ed. rev. – Brasília : Fundação Nacional de Saúde , 2006.

GRS PEDRA AZUL. **Plano de ação de combate à dengue na Regional de Pedra Azul.** 2014.

GOLDENBERG, M. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais** / Mirian. – 8. ed. Rio de Janeiro: Record, 2004. Disponível em: <http://www.ufjf.br/labesc/files/2012/03/A-Arte-de-Pesquisar-Mirian-Goldenberg.pdf> Acesso em: 25 mar. 2014.

GONÇALVES NETO, V. S.; REBELO, J. M. M. **Aspectos epidemiológicos do dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 1997-2002.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.5, pp. 1427-1431. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v20n5/39.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

GONÇALVES NETO V.S.M. et al. **Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004.** *Cad Saude Publica.* 2006;22(10):2191-200.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br/apps/mapa/> Acesso em: 28 mar. 2014.

HAESBAERT, R.; LIMONAD, E. **O território em tempos de globalização.** *Revista Eletrônica de Ciências Sociais Aplicadas e outras coisas.* 15 de Agosto de 2007, v. 1, n. 2 Disponível em: [http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007\\_2\\_4.pdf](http://www.uff.br/etc/UPLOADS/etc%202007_2_4.pdf). Acesso em: 4 de mai. 2014.

HENRIQUES, M. S. (Org.). **Comunicação e estratégias de mobilização social.** 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2004.

KASTRUP, V. **Aprendizagem, arte e invenção.** *Psicol. Estud.*, v.6, n.1, p.17-25, 2001.

LAGROTTA M.T.F; SILVA, W.C., SOUZA-SANTOS, R. **Identification of key areas for *Aedes aegypti* control through geoprocessing in Nova Iguaçu, Rio de Janeiro State, Brazil.** *Cad Saúde Pública* 2008; 24:70-80.

LEFEVRE, A. M. C. et al. **Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do município de São Sebastião, litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007, vol.23, n.7, pp. 1696-1706. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v23n7/22.pdf> Acesso em: 12 mar. 2015

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C.; MARQUES, M. C. C.. **Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2009, v.14, n. 4, p. 1193-1204. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csc/v14n4/a20v14n4.pdf> Acesso em: 27 mar. 2014.

LENZI, M. F.; COURA, L. C. **Prevenção da dengue: a informação em foco.** *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* v. 37, n. 4, p. 343-350, jul./ago. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21191.pdf> Acesso em: 13 abr. 2014.

LENZI, M. F. et al. **Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2000, v. 16, n. 3, p. 851-856. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n3/2971.pdf> Acesso em: 26 abr. 2014.

LIMA-CAMARA, T.N. et al. **Frequência e distribuição espacial de *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* (Diptera, Culicidae) no Rio De Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública.* 2006;22:2079-2084.

MACHADO, J. P.; OLIVEIRA, R. M.; SOUZA-SANTOS, R. **Análise espacial da ocorrência de dengue e condições de vida na cidade de Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.25, n.5, pp. 1025-1034. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/csp/v25n5/09.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

MAGGI, B.; TERSAC, G. **O trabalho e a abordagem ergonômica.** In: DANIELLOU, F. et al. (Orgs.). **A ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos.** São Paulo: Edgard Blucher, 2004. p. 97-119.

MARQUES, S.V.D.; MARTINS, G.B.; SOBRINHO, O.C. **Saúde, trabalho e subjetividade: absenteísmo-doença de trabalhadores em uma universidade pública.** *Cad. EBAPE.BR,* Rio de Janeiro , v. 9, n. spe1, p. 668-680, July 2011.

MARTINES, W. R. V.; CHAVES, E. C. **Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do agente comunitário de saúde no Programa de Saúde da Família.** *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2007, v.41, n. 3, p. 426-433. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/12.pdf> Acesso em: 17 abr. 2014

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica.** 6. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** 28. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, M.C S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco; 2007.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Guia de Vigilância Epidemiológica**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília:Ministério da Saúde; 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (MS). **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. **Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2005, v. 21, n. 3, p. 898-906. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n3/24.pdf> Acesso em: 27 abr. 2014.

MONKEN, M.; et al. **O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente**. 2008. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf> Acesso em: 04 mai. 2014.

MONTEIRO, E. S. C. et al. **Aspectos epidemiológicos e vetoriais da dengue na cidade de Teresina, Piauí - Brasil, 2002 a 2006**. *Epidemiol. Serv. Saúde* [online]. 2009, vol.18, n.4, pp. 365-374. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v18n4/v18n4a06.pdf> Acesso em 10 mar. 2015.

MORAIS, G.S.N., et al. **Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado**. *Acta Paul Enferm.* 2009;22(3):323-7.

OLIVEIRA, M. S. B. S. de. **Representações sociais e sociedades: a contribuição de Serge Moscovici**. *Revista brasileira de Ciências Sociais*. 2004, v. 19, n. 55, p. 180-186. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbcsoc/v19n55/a14v1955.pdf> Acesso em: 26 mar. 2014.

OPAS. **Prevención y control del dengue: estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue**. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Dezembro de 2010. Disponível em: [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=4501%3Aprevencion-y-control-del-dengue%3A-estrategia-de-gestiun-integrada-para-la-prevenciun-y-el-control-del-dengue&catid=901%3Ahsd0103a-dengue-program-&Itemid=3526&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=4501%3Aprevencion-y-control-del-dengue%3A-estrategia-de-gestiun-integrada-para-la-prevenciun-y-el-control-del-dengue&catid=901%3Ahsd0103a-dengue-program-&Itemid=3526&lang=es) Acesso em: 15 abr. 2014.

OPAS; OMS. **44.O Consejo Directivo. 55.A Sesión Del Comité Regional.** Organización Panamericana De La Salud (OPAS); World Health Organization (WHO). Washington, D.C., EUA, 22 al 26 septiembre 2003. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=99&Itemid=423](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=99&Itemid=423) Acesso em: 15 abr. 2014.

PAVÃO A.C., LEÃO M. **Riscos da carcinogênese química no controle do *Aedes aegypti*.** In: Augusto LGS, Carneiro RM, Martins PH, organizadores. Abordagem ecossistêmica em Saúde: Ensaio para o controle de dengue. Recife: Editora Universitária; 2005. p. 213-225.

PERUZZO, C. K. **Comunicação nos movimentos populares: a participação na construção da cidadania.** Petrópolis: Vozes, 1998.

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Brasília: Ministério da Fazenda. Secretaria de Política Econômica, 2012.

PICINATO, M. A. C. **Dengue: padrões ambientais, conhecimento da população e cenários potenciais à transmissão em duas regiões de Jaboticabal, SP.** 2012. xviii, 76 p. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências Agrárias e Veterinárias, 2012. Disponível em: [http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/94620/picinato\\_mac\\_me\\_bot.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://base.repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/94620/picinato_mac_me_bot.pdf?sequence=1&isAllowed=y) Acesso em: 12 mar. 2015

PORTO, M. S. G. **Crenças, valores e representações sociais da violência.** Sociologias, Porto Alegre, v. 8, n. 16, p. 250-273. ju.1/dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/soc/n16/a10n16.pdf> Acesso em: 26 mar. 2014.

PRIETSH, S.O.M. et al. **Doença respiratória em menores de 5 anos no sul do Brasil: influência do ambiente doméstico.** Revista Panamericana de Salud Pública, Washington, v.13, n. 5, p.303-310, 2003.

RAFFESTIN, C. **Por uma Geografia do Poder.** São Paulo, Ática, 1993, p. 143-185. Disponível em: [http://univale.br/cursos/tipos/pos-graduacao\\_strictu\\_sensu/mestrado\\_em\\_gestao\\_integrada\\_do\\_territorio\\_downloads/por\\_uma\\_geografia\\_do\\_poder-claude\\_raffestin.pdf](http://univale.br/cursos/tipos/pos-graduacao_strictu_sensu/mestrado_em_gestao_integrada_do_territorio_downloads/por_uma_geografia_do_poder-claude_raffestin.pdf) Acesso em: 28 abr. 2014.

RANGEL, S. M. L. **Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2008, v. 12, n. 25, p. 433-441. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a18v1225.pdf> Acesso em: 19 mai. 2014.

RIBEIRO, A. F.; et al. **Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2006, vol.40, n.4, pp. 671-676. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v40n4/17.pdf> Acesso em: 09 mar.2015

RIBEIRO, P. C.; SOUSA, D. C.; ARAUJO, T. M. E. **Perfil clínico-epidemiológico dos casos suspeitos de Dengue em um bairro da zona sul de Teresina, PI, Brasil.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.2, pp. 227-232. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a13v61n2.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

ROSSI, Aldo. **A arquitetura da cidade.** Ed. Martins Fontes, São Paulo, 2001.

SÁ, C. P. de. **Núcleo Central das Representações Sociais.** Petrópolis: Vozes, 1996.

SACK R. **The human territoriality.** Cambridge: Cambridge University Press, 1986.

SALES, F. M. S. **Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icaraiá, Caucaia, Ceará.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, v.13, n. 1, p. 175-184. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n1/21.pdf> Acesso em: 17 abr. 2014.

SANTOS, C. H. et al. **Perfil epidemiológico do dengue em Anápolis-GO, 2001 – 2007.** *Revista de Patologia Tropical*, v. 38, n. 4, p, 249-259. out.-dez. 2009. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/iptsp/article/view/8588/6071> Acesso em: 10 mar. 2015

SANTOS M, SILVEIRA ML. **O Brasil: território e sociedade no início do século XXI.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, M.F.S.; ALMEIDA, L.M. **Diálogos com a Teoria das Representações Sociais.** Alagoas: Edufal, 2005.

SANTOS, S.L.; CABRAL, A.C.S.P.; AUGUSTO, L.G.S. **Conhecimentos, atitudes e práticas sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste.** *Cien Saude Colet* 2011; 16(Supl. 1):1319-1330.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F; LUCIO, P. B. **Metodología de La investigacion.** 4 ed., México : Editora D.F, 2006.

SCHNEIDER, S.; TARTARUGA, I. G. P. **Território e abordagem territorial: das referências cognitivas aos aportes aplicados à análise dos processos sociais rurais.** *Raízes*, Campina Grande, v. 23, n. 01/02, p. 99–116, jan./dez. 2004. Disponível em: [http://www.ufcg.edu.br/~raizes/artigos/Artigo\\_4.pdf](http://www.ufcg.edu.br/~raizes/artigos/Artigo_4.pdf). Acesso em: 4 de mai. 2014.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação.** *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p.187-192, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7089.pdf> Acesso em: 25 jun. 2014.

SES-MG. **Informe Epidemiológico da Dengue – 11/04/2014.** Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/6340-informe-epidemilogico-da-dengue-11-04-2014> Acesso em: 12 abr. 2014.

SES-RJ. **Rio contra a dengue: a história da dengue no mundo.** Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. 2014. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/programas-e-acoas/84-acoas/130-rio-contra-a-dengue-a-historia-da-dengue-no-mundo.html?highlight=WyJkZW5ndWUiXQ==> Acesso em: 29 mai. 2014.

SILVA, G.A.P. **Diarréia Aguda: fatores de risco e manejo.** *Rev Pediatr.* 3 (1). 2002.p.5-9.

SILVINO A., ABRAHÃO J.I. **Navegabilidade e inclusão digital: usabilidade e competência.** *RAE-eletrônica*, v. 2, n. 2, jul-dez/2003.

SIQUEIRA J.B. et al. **Household survey of Dengue Infection in Central Brazil: spatial point pattern analysis and risk factors assessment.** *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 2004;71(5):646-651.

SOUZA, I. P. M. A.; JACOBINA, R. R. **Educação em Saúde e suas versões na história brasileira.** *Revista baiana de Saúde Pública.* out.-dez. 2009. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n4/a010.pdf> Acesso em 11 ago. 2014

SOUZA, T. B. B., DIAS, J. P. **Perfil epidemiológico da dengue no município de Itabuna (BA), 2000-jun. 2009.** *Revista Baiana de Saúde Pública.* v.34, n.3, p.665-681 jul./set. 2010

SPAGNUOLO, R.S.; TORALLES-PEREIRA, M. L. **Práticas de saúde em Enfermagem e Comunicação: um estudo de revisão da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 12(6):1603-1610, 2007.

STOTZ, E.N. **Enfoques sobre educação e saúde.** In: VALLA, V. V; STOTZ, E. N. (Org.). *Participação popular, educação e saúde: teoria e prática.* Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p. 11-22.

TAUIL, P. L. **Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 867-871, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v18n3/9314.pdf> Acesso em: 16 mai. 2014.

TAUIL, P. L. **O desafio do controle do *Aedes aegypti* e da assistência adequada ao dengue.** *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, v. 16, n. 3, set. 2007.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J.S.; VILLASBÔAS, A.L. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** *Inf. Epidemiol. Sus*, Jun 1998, v. 7, n. 2, p. 7-28. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v7n2/v7n2a02.pdf> Acesso em : 27 abr. 2014.

UJVARI, S. C. **A história da disseminação dos microrganismos.** *Estud. av.* [online]. 2008, v. 22, n. 64, p. 171-182. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ea/v22n64/a11v2264.pdf> Acesso em: 29 mai. 2014

VASCONCELOS, P.F.C. et al. **Epidemia de dengue em Fortaleza, Ceará: inquérito sorológico aleatório.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 1998, vol.32, n.5, pp. 447-454. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v32n5/32n5a4.pdf> Acesso em: 10 mar. 2015.

VERGÈS, P. **Ensamble de programmes de permettant l'analyse des evocations:** manual version 2. Aix-em-Provence: Lames, 1999.

VIANA, D. V.; IGNOTTI, E. **A ocorrência da dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática.** *Rev. bras. epidemiol.*, São Paulo, v. 16, n. 2, p. 240-256, June 2013.

VIANNEY, J. V. S. **As representações sociais da educação a distância:** uma investigação junto a alunos do ensino superior a distância e a alunos do ensino superior presencial. Florianópolis, 2006. 329f. Tese (Doutorado interdisciplinar em Ciências Humanas) Universidade Federal de Santa Catarina, 2006. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/89218/236473.pdf?sequence=1> Acesso em: 25 abr. 2015.

WHITEHORN, J.; FARRAR, J. **Dengue.** *British Medical Bulletin*, v. 95, p. 161-173. Jul.2010. Disponível em: [bmb.oxfordjournals.org](http://bmb.oxfordjournals.org). Acesso em: 20 mai. 2015.

WHO. **Dengue: guidelines for diagnosis, treatment, prevention and control -- New edition.** World Health Organization (WHO). 2009. Disponível em: <http://www.who.int/tdr/publications/documents/dengue-diagnosis.pdf> Acesso em: 12 abr. 2014.

WHO. **Global strategy for dengue prevention and control 2012-2020**. World Health Organization (WHO). 2012. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75303/1/9789241504034_eng.pdf) Acesso em: 15 abr. 2014.

WILKINSON, R. G. **Oral health, health and health-related quality of life**. Medical Care, v.33, n.11, p.57-77, 1999.

ZEIDLER, J. D.; et al. **Vírus dengue em larvas de *Aedes aegypti* e sua dinâmica de infestação, Roraima, Brasil**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2008, v. 42, n. 6, p. 986-991. Epub Oct 03, 2008. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n6/6869.pdf> Acesso em: 19 mai. 2014.

## ANEXOS

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UNIVALE

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Conhecimento e fonte de informação: estudo com indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da dengue na cidade de Pedra Azul

**Pesquisador:** Allan Gomes Campos

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 35339714.3.0000.5157

**Instituição Proponente:** Fundação Percival Farquhar/ FPF

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 803.755

**Data da Relatoria:** 22/09/2014

**Apresentação do Projeto:**

Projeto bem escrito, com consistência teórica, com revisão bibliográfica atualizada. Estudo com tema bastante pertinente.

**Objetivo da Pesquisa:**

Bem formulado e passível de ser respondido.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e benefícios apresentados pelos autores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa interessante, com pertinência e metodologia bem formulada. Devem contudo reconsiderar a amostra, pensando o que farão se algum dos notificados (G1) não aceitarem participar do estudo? Já que são 58, de onde serão retirados as possíveis "reposições".

Sobre o Estudo Piloto, não mencionaram se será realizado nos mesmos bairros.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termo claro, de leitura fácil e com todos os tópicos necessários ao bom esclarecimento dos envolvidos no estudo.

**Recomendações:**

Rever a amostra do G1, na metodologia do projeto de pesquisa, já que foram apresentados 58

**Endereço:** Rua Israel Pinheiro 2000 - BI F1 - Sala 02  
**Bairro:** Universitário **CEP:** 35.020-220  
**UF:** MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES  
**Telefone:** (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

UNIVERSIDADE VALE DO RIO  
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL  
FARQUHAR- FPF



Continuação do Parecer: 803.755

indivíduos notificados. O que farão caso algum deles se negue a participar do estudo? De onde serão retirados as "reposições"?

Completar parágrafo de estudo piloto, com informação do bairro onde será realizado.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto muito bem formulado, complementar apenas as questões suscitadas.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

O CEP, em reunião ordinária, acompanhou o parecer do relator e decidiu que o parecer do projeto avaliado é aprovado.

GOVERNADOR VALADARES, 24 de Setembro de 2014

---

Assinado por:  
Ivana Cristina Ferreira Santos  
(Coordenador)

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02  
Bairro: Universitário CEP: 35.020-220  
UF: MG Município: GOVERNADOR VALADARES  
Telefone: (11)1111-1111 Fax: (33)3279-5543 E-mail: cep@univale.br

## ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO – TCLE

<b>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b>
---

**1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:**

<p><b>Título:</b></p> <p><b>CONHECIMENTO E FONTES DE INFORMAÇÃO: ESTUDO COM INDIVÍDUOS RESIDENTES EM TERRITÓRIOS DE ALTA INCIDÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DA DENGUE NA CIDADE DE PEDRA AZUL</b></p>
<p><b>Pesquisador Responsável:</b></p> <p>Allan Gomes Campos</p>
<p><b>Pesquisadores Corresponsáveis</b></p> <p>Suely Maria Rodrigues Marileny Boechat Frauches Brandão</p>
<p><b>Contato com pesquisador responsável</b></p> <p>Endereço:</p> <p>Campus Antônio Rodrigues Coelho Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220 Governador Valadares/MG - Fone: (33) 3279-5917</p>
<p style="text-align: center;"><b>Comitê de Ética em Pesquisa</b></p> <p style="text-align: center;">Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

## **2 – Informações ao participante ou responsável:**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada “Conhecimento e fontes de informação: estudo com indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da dengue na cidade de Pedra Azul” na área de Ciências Sociais e da Saúde.

A pesquisa terá como objetivo(s) identificar o conhecimento relacionado à dengue de indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul. Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento:

O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feito qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento.

Sua participação será apenas de fornecer as resposta às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de quarenta minutos. A entrevista deve ser realizada nas dependências do domicílio do entrevistado.

No caso do pesquisador ou o morador considerarem que o domicílio não seja o melhor local para a realização da entrevista, poderá ser definido, de comum acordo, um local mais apropriado, objetivando, com isso, um adequado clima para realização da coleta, com a redução de ruídos e ou interferências de terceiros.

A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo

desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

Prevêem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento relacionado à dengue de indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul; caracterização da amostra estudada; identificação de quais são os meios de comunicação e outras fontes que levam informações sobre a dengue para a população estudada; verificação do nível de conhecimento da população estudada sobre a dengue, e, identificar o núcleo central das Representações Sociais dos grupos (G1 e G2) sobre a dengue. Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam compromê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes. Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

Pedra Azul, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Nome do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

## ANEXO C - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE**

**MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO**

**“CONHECIMENTO E FONTE DE INFORMAÇÃO: UM ESTUDO DIRECIONADO A INDIVÍDUOS RESIDENTES EM TERRITÓRIOS DE ALTA INCIDÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DE DENGUE NA CIDADE DE PEDRA AZUL”**

**Data:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ **Entrevistador:** \_\_\_\_\_ **Nº:** \_\_\_\_\_

### **INSTRUÇÕES IMPORTANTES**

Esta pesquisa se destina a fins puramente científicos. Seu objetivo é identificar o conhecimento relacionado à dengue de indivíduos residentes em territórios de alta incidência de notificação da doença na cidade de Pedra Azul.

1. Para que os resultados sejam uma representação da realidade, é necessário que as respostas dadas sejam sinceras. Não existe uma resposta melhor e outra pior, todas as respostas são igualmente importantes.
2. Para que possamos melhor aproveitar seu testemunho, se as perguntas não lhe causarem algum tipo de constrangimento, ou dificuldades éticas, pedimos que responda a todas as questões que dizem respeito à realidade, isto é, ao modo como você pensa.
3. Em caso de dúvidas, pergunte. Sua contribuição será mais efetiva caso tire todas as dúvidas que tiver, junto ao entrevistador.
4. Salientamos que sua participação na presente pesquisa se faz mediante seu livre consentimento. Os dados obtidos no conjunto de entrevistas e questionários respondidos por todos os participantes, serão utilizados para fins acadêmicos e de publicação em revista científica. O fato de não haver identificação nesse formulário, e no registro eletrônico garante o anonimato dos autores das respostas às questões propostas.

## **1 – Sociodemográfico**

### **1.1 - Em que faixa de idade você se enquadra?**

**(resposta única)**

- Entre 18 e 40 anos  
 Entre 41 e 60 anos  
 61 anos ou mais

### **1.2 - Classificação econômica (Após análise das questões 1.2.1 e 1.2.2)**

**(resposta única)**

- A1 (42 – 46 pontos)  
 A2 (35 – 41 pontos)  
 B1 (29 – 34 pontos)  
 B2 (23 – 28 pontos)  
 C1 (18 – 22 pontos)  
 C2 (14 – 17 pontos)  
 D (8 – 13 pontos)

( ) E (0 – 7 pontos)

**1.2.1 Qual é o grau de instrução do chefe da família**  
(resposta única)

Assinalar	Nomenclatura antiga	Nomenclatura atual	Pontos
( )	Analfabeto / Primário incompleto	Analfabeto / Fundamental 1 incompleto	0
( )	Primário completo / Ginásial incompleto	Fundamental 1 completo / Fundamental 2 incompleto	1
( )	Ginásial completo / Colegial incompleto	Fundamental 2 completo / médio incompleto	2
( )	Colegial completo / Superior incompleto	Médio completo / Superior incompleto	4
( )	Superior completo	Superior completo	8

**1.2.2 – Quais e quantos dos itens abaixo você possui em sua casa?**  
(resposta única)

Itens/ Quantidade	0	1	2	3	4 ou +
1. Televisão em cores	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
2. Rádio	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
3. Banheiro	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
4. Automóvel	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 9
5. Empregada mensalista	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
6. Máquina de lavar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
7. Videocassete e/ou DVD	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
8. Geladeira	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
9. Freezer (Aparelho independente)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2

**1.3 - Sexo:**

(resposta única)

- ( ) Feminino  
( ) Masculino

**1.4 - Estado civil**

(resposta única)

- ( ) Casado  
( ) Separado  
( ) Solteiro  
( ) União estável  
( ) Viúvo

**1.5 - Qual a sua escolaridade**

(resposta única)

- ( ) Sem escolaridade  
( ) Fundamental incompleto  
( ) Fundamental completo  
( ) Ensino médio completo  
( ) Superior completo

**1.6 - Ocupação profissional?****(resposta única)**

- Aposentado
- Desempregado
- Dona de casa
- Trabalho formal
- Trabalho informal
- Não se aplica / não procura ocupação profissional

**1.7 - Quantas pessoas moram na residência?****(resposta única)**

- 1
- 2
- 3
- 4
- Mais de 4

**1.8 Possui animal doméstico em casa?****(resposta única)**

- Sim
- Não

**1.9 Possui água encanada em casa?**

- Sim
- Não

**1.10 Conta com serviço de coleta de lixo?**

- Sim
- Não

## **2 - Comunicação e informação**

**2.1 Quais dos seguintes itens (meios de comunicação) você possui no seu domicílio.****(múltiplas respostas)**

- Celular
- Computador com acesso à internet
- Computador sem acesso à internet
- Rádio
- Telefone fixo
- Televisão
- Outros: \_\_\_\_\_

**2.2 – Qual o meio de comunicação você utiliza com maior frequência?  
(marcar no máximo duas respostas)**

- Celular
- Jornal Impresso
- Rádio
- Redes Sociais
- Revista
- Sites
- Televisão
- Outros \_\_\_\_\_

**2.3 – Você já recebeu orientações sobre a dengue?  
(resposta única)**

- Sim, já recebi orientações sobre a dengue.
- Tenho interesse de receber as orientações, mas nunca as recebi.
- Não tenho interesse no assunto e/ou nunca procurei saber.
- Não sei

**2.3.1 – As orientações sobre a dengue que recebeu foram através de qual meio?  
(múltiplas respostas)**

- Amigos e familiares
- Carros de som
- Eventos (Conselhos de saúde, palestras, etc)
- Internet
- Jornal Impresso
- Materiais impressos (cartazes, folders, adesivos, faixas etc)
- Profissionais de saúde
- Rádio
- Redes Sociais
- Revista
- Teatro
- Televisão
- Outros \_\_\_\_\_
- Não se aplica

**2.3.2 – Através de quais meios você acha melhor receber informações sobre o dengue?  
(múltiplas respostas)**

- Amigos e familiares
- Carros de som
- Eventos (Conselhos de saúde, palestras, etc)
- Internet
- Jornal Impresso
- Materiais educativos impressos (cartazes, folders, adesivos, faixas etc)
- Profissionais de saúde
- Rádio
- Redes Sociais
- Revista
- Teatro
- Televisão

( ) Outros \_\_\_\_\_

**2.3.3 - Você confia nas informações que recebeu através dos meios de comunicação? (resposta única)**

- ( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Não sei

**2.3.4 - Você confia nas informações que recebeu através dos profissionais de saúde? (Resposta única)**

- ( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Não sei

**2.3.5 – Você considera que as informações que recebeu são suficientes para esclarecer todas as suas dúvidas sobre o assunto?**

**(Resposta única)**

- ( ) Sim  
 ( ) Não  
 ( ) Às vezes  
 ( ) Não sei

### 3 – Conhecimento

#### **3.1 - Geral sobre a doença (4 pontos)**

**3.1.1 - Existe vacina contra a dengue? (1 ponto)**

- ( ) Sim  
 **Não**  
 ( ) Não Sei

**3.1.2 – A dengue pode matar? (1 ponto)**

- Sim**  
 ( ) Não  
 ( ) Não Sei

**3.1.3 - Uma pessoa que já teve dengue pode ter a doença novamente? (1 ponto)**

- Sim**  
 ( ) Não  
 ( ) Não Sei

**3.1.4 – Qual tipo de dengue é mais perigoso? (1 ponto)**

- ( ) Dengue clássico  
 **Dengue hemorrágico**  
 ( ) Não Sei

**3.2 – Transmissão (4 pontos)****3.2.1 – Você conhece a forma de transmissão da dengue?**

- Sim  
 Não

**Caso conheça, responder item 3.2.1.1. Caso não saiba, ir para a questão 3.2.2:****3.2.1.1 – Como ocorre a transmissão? (1 ponto)**

- Diretamente de uma pessoa doente para uma pessoa sadia

**Por meio da picada do mosquito**

- Por meio do contato com água parada  
 Não sabe / nenhuma das opções anteriores

**3.2.2 – Você sabe qual o nome científico do mosquito que é capaz de transmitir a dengue? (1 ponto)**

**Se sim, qual? *Aedes aegypti***

- Não

**3.2.3 – O mosquito é a única meio de transmissão da dengue. Tanto o mosquito macho quanto a fêmea do *aedes aegypti* transmitem a doença? (1 ponto)**

- Macho e fêmea

**Somente a fêmea**

- Somente o macho  
 Não sabe

**3.2.4 - O mesmo mosquito que transmite dengue clássica pode transmitir a dengue hemorrágica? (1 ponto)**

**Sim**

- Não  
 Não Sei

**3.3 - Sintomas (7 pontos)****3.3.1 - Você conhece os sintomas da dengue?**

- Sim  
 Não  
 Não Sei

**Caso conheça, responder item 3.3.1.1. Caso não saiba, ir para a questão 3.3.2:****3.3.1.1 – Quais são os sintomas da dengue que você conhece? (Máximo de 4 pontos)**

- febre  
 dores no corpo  
 manchas ou pigmentos vermelhos pelo corpo  
 vômitos  
 cansaço  
 indisposição

- náuseas
- falta de apetite
- coceira
- hemorragia / sangramentos
- insuficiência circulatória
- outros: \_\_\_\_\_

**3.3.2 – A pessoa começa a apresentar os sintomas da doença no mesmo dia em que for picado pelo mosquito? (1 ponto)**

- Sim
- Não**
- Não Sei

**3.3.3 – Quando uma pessoa apresenta os sintomas da doença, é recomendado que ela fique em casa aguardando a visita do agente de saúde? (1 ponto)**

- Sim
- Não**
- Não Sei

**3.3.4 - A pessoa pode estar com a doença e apresentar apenas alguns dos sintomas? Não ter náuseas, por exemplo? (1 ponto)**

- Sim**
- Não
- Não Sei

**3.4 – Tratamento (7 pontos)**

**3.4.1 - A dengue hemorrágico tem tratamento? (1 ponto)**

- Sim**
- Não
- Não Sei

**3.4.2 - A partir dos primeiros sintomas, há necessidade do paciente ir a uma unidade de saúde para receber o tratamento? (1 ponto)**

- Sim**
- Não
- Não Sei

**3.4.3 - O paciente pode se automedicar? (1 ponto)**

- Sim
- Não**
- Não Sei

**3.4.4 – Quais profissionais de saúde podem recomendar remédios para o tratamento do paciente? (1 ponto)**

- Agentes comunitários de endemias
- Agentes comunitários de saúde
- Enfermeiros

- Farmacêuticos  
 **Médicos**  
 Outros: \_\_\_\_\_  
 Não Sabe

**3.4.6 - É necessário repouso durante o tratamento? (1 ponto)**

- Sim**  
 Não  
 Não Sei

**3.4.7 - O paciente pode beber muito líquido durante o tratamento? (1 ponto)**

- Sim**  
 Não  
 Não Sei

**3.5 – Combate ao mosquito (6 pontos)**

**3.5.1 – O uso de produtos químicos é sempre a melhor forma de combate ao mosquito da dengue? (1 ponto)**

- Sim  
 **Não**  
 Não Sei

**3.5.2 - Em períodos de chuva e calor o mosquito se reproduz mais rapidamente? (1 ponto)**

- Sim**  
 Não  
 Não Sei

**3.3.3 - Os inseticidas, utilizados pelos profissionais de saúde, matam as larvas do mosquito? (1 ponto)**

- Sim  
 **Não**  
 Não Sei

**3.3.4 - Os inseticidas, utilizados pelos profissionais de saúde, matam o mosquito adulto? (1 ponto)**

- Sim**  
 Não  
 Não Sei

**3.3.5 - Os larvicidas, utilizados pelos profissionais de saúde, matam as larvas do mosquito? (1 ponto)**

- Sim**  
 Não  
 Não Sei

**3.3.6 - Os larvicidas, utilizados pelos profissionais de saúde, matam o mosquito adulto? (1 ponto)**

- Sim  
 **Não**

( ) Não Sei

## 4 - Técnica da Associação Livre de Palavras (TALP)

### 4.1 - Coleta de evocações

Agora, você deverá escrever cinco palavras ou expressões que vêm imediatamente à sua cabeça em relação à expressão abaixo:

DENGUE	
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )
_____	( )

### 4.2 - Palavras mais importantes

Agora, você deverá ordenar as palavras acima pela ordem de importância, preenchendo os parênteses com a numeração de 1 (a mais importante) até 5 (a menos importante).

### 4.3 - Significados

Agora, você deverá indicar o significado da palavra/expressão que você elegeu como nº 1, ou seja, a mais importante:

---



---



---



---

### 4.4 - Justificativa da escolha desta palavra/expressão

Porque você elegeu a palavra / expressão (nº 1) como a mais importante?

---



---



---



---