

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO  
DIVISÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE E EDUCAÇÃO

ITANA MIRANDA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE EM  
ITABUNA/BA SOB A ÓTICA DA POPULAÇÃO**

Ribeirão Preto

2014

ITANA MIRANDA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE EM  
ITABUNA/BA SOB A ÓTICA DA POPULAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva

Ribeirão Preto

2014

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

S237a

Santos, Itana Miranda dos, 1976 -

Avaliação das ações de controle da dengue em Itabuna/BA  
sob a ótica da população / Itana Miranda dos Santos. - - Ribeirão  
Preto, 2014.

88 f.: il. color.

Orientadora: Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.**

1. Dengue - Prevenção e controle. 2. Educação em saúde.  
I. Título.

CDD 610

ITANA MIRANDA DOS SANTOS

**AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE EM ITABUNA/BA SOB A  
ÓTICA DA POPULAÇÃO**

Dissertação de Mestrado apresentada ao  
Programa de Pós-Graduação em Saúde e  
Educação da Universidade de Ribeirão  
Preto para obtenção do título de Mestre  
em Saúde e Educação

Área de Concentração: Ensino de Ciências da Saúde

Data da defesa: 13 de junho de 2014

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dra. Silvia Sidnéia da Silva  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



Prof. Dra. Sonja Maria Villela Bueno  
USP – Universidade de São Paulo



Prof. Dr. Edilson Carlos Carità  
UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto

Ribeirão Preto - SP  
2014

## **DEDICATÓRIA**

A todos os profissionais da saúde, pesquisadores, cidadãos que de alguma forma, ao longo de suas vidas, têm dedicado seus esforços no combate a dengue e demais doenças infecciosas que afligem a população deste país.

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, em primeiro lugar, por iluminar sempre meu caminho, me ajudando a cumprir mais uma etapa da minha vida.

A Professora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva, pela dedicação, profissionalismo, competência e, por acreditar em mim, meu eterno carinho.

Ao meu Esposo Rondineli Caldas pelo apoio, cumplicidade e, por fazer parte da minha vida, te amo.

À minha mãe, pela dedicação, orações e incentivos nos momentos difíceis desta caminhada.

Aos meus irmãos Tito e Itamar pela amizade, incentivo e, por existirem em minha vida.

Aos meus sobrinhos, Lucas, Samuel, Isadora, Yasmin, Davi, Evellin, Jonatan, Geovana e Giovana por fazerem parte da minha vida, e renovarem minha fé e amor pelas pessoas.

A Eloisa e Cássia, colegas de turma do Mestrado, pelo acolhimento e amizade construída durante as aulas.

Aos professores das disciplinas ministradas durante o curso de Mestrado em Saúde e Educação, por todos os ensinamentos repassados, contribuindo com meu conhecimento científico e com minha formação profissional.

Enfim, agradeço a todos que direta ou indiretamente contribuíram para que a conclusão deste trabalho se tornasse uma realidade.

## RESUMO

SANTOS, I. M. Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna/BA Sob a Ótica da População. 88 p. Dissertação Mestrado Profissional em Saúde e Educação, Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2014.

A dengue é uma arbovirose reemergente que vem se constituindo em importante problema de saúde pública no mundo, particularmente, em países tropicais nos quais as condições ambientais, como altas temperaturas, períodos chuvosos e alta umidade relativa do ar favorecem sua proliferação, facilitando a transmissão dos quatro sorotipos do vírus. É uma doença febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, de início abrupto, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralgias, dor retroorbitária, com presença ou não de exantema e/ou prurido, entre outros sintomas. O objetivo do estudo foi avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial no município de Itabuna/BA. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo-exploratório, transversal, de abordagem qualiquantitativa, que contemplou uma etapa de aplicação de instrumento semi-estruturado aos moradores dos bairros selecionados. A amostra constituiu-se de 106 indivíduos, com idades acima de 18 anos, sendo 90,6% do sexo feminino e 9,4% masculino, destes 88% sujeitos afirmaram saber o que é dengue e 98% relataram ter ciência de como evitar a doença, contudo, apenas 52% dos entrevistados conseguem distinguir uma muriçoca do mosquito da dengue; quanto às orientações recebidas e seguidas em relação às medidas preventivas para o controle da dengue 84% foram voltadas para limpeza e manter tanque fechado, 42% evitar água parada, 41% limpar os reservatórios e limpeza do quintal; estas informações foram transmitidas por meios de comunicação, como a televisão (31%), seguida dos agentes de saúde (22%). Constatou-se que a equipe de saúde tem feito orientações gerais para evitar a doença, sendo 30% nas visitas do agente de endemias, contudo, 51% dos sujeitos referiram não identificar quaisquer atividades educativas advindas da referida equipe. Conclui-se com o estudo que as ações são voltadas para a eliminação dos criadouros e ocorrem de forma generalizada, verticalizadas e desarticuladas das realidades do lócus e, desta forma, observa-se conhecimento insatisfatório em relação à doença e sua etiologia, por parte da população residente no território.

**Descritores:** Dengue. Prevenção e controle. Equipe de assistência ao paciente. Educação em saúde.

## ABSTRACT

SANTOS, I.M. Appreciation of Actions Dengue Control in Itabuna/BA from the population perspective. 88p. Dissertation Master of Professional Education and Health, University of Ribeirão Preto, Ribeirão Preto-SP, 2014.

Dengue is a reemerging arbovirus that are becoming an important public health problem in the world, particularly, in tropical countries where environmental conditions such as high temperatures, rainy periods and high relative humidity favor their proliferation, facilitating the transmission of four serotypes of virus. It's an acute febrile disease, which may be benign or severe, that begins suddenly, associated with headache, malaise, myalgia, arthralgia, retro-orbital pain, with presence or not of rash and/or itching, and other symptoms. The purpose of the study was to evaluate educational actions for the control of dengue, from the perspective of population of districts that had higher infestation rates in the city of Itabuna/BA. This is a research descriptive and exploratory, transverse, that have a qualitative and quantitative approach, which had a semi structured step of applying instrument for the residents of the selected districts. The sample consisted of 106 individuals, aged above 18 years, 90.6% female and 9.4% male, 88% of these individuals said that knows what is dengue and 98% said that knows how to prevent this disease, however, only 52% of respondents can distinguish a common mosquito, called "*muriçoca*", of the dengue mosquito; about the orientations received and followed associated to preventive measures for dengue control 84% were related on cleaning and maintaining closed tank, 42% prevent standing water, 41% clean tanks and cleaning of the yard; this information was sent by the media such as television (31%), followed by health workers (22%). It was noticed that the health team has made general orientations to prevent disease, which 30% in the visits of endemic agent, however, 51% of individuals not identified any educational activities by the team health. The conclusion with the study is that the activities are related for the elimination of the habitat and occurs in generalized way, verticalized and disjointed from the realities of locus and, this way, is observed poor knowledge about the disease and its etiology, by the population that lives in the territory.

Keywords: Dengue. Prevention and control. Patient care team. Health education.



## LISTA DE SIGLAS

**ACE-** Agentes de Controle de Endemias  
**ACS-** Agente Comunitário de Saúde  
**Ae. Aegypt** - *Aedes aegypti*  
**BVS-**Biblioteca Virtual de Saúde  
**ESF-** Equipe de Saúde da Família  
**FAU-** Febre Amarela Urbana  
**FH-** Febre Hemorrágica  
**FHD-** Febre Hemorrágica da Dengue  
**IB-** Índice de Breteau  
**IBGE-** Instituto Brasileiro de Geografia Estatística  
**IIP-** Índice de Infestação Predial  
**IPEA-** Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas  
**IRT-** Infestação de Tipo de Recipiente  
**LIRA-** Levantamento de Índice Rápido para Aedes  
**MS-** Ministério da Saúde  
**OMS** - Organização Mundial de Saúde  
**PACS** - Programa Agentes Comunitários de Saúde  
**PACS-** Programa de Agentes Comunitários de Saúde  
**PMCD-** Programa Nacional de Controle da Dengue  
**PNCD-** Programa Nacional de Controle da Dengue  
**PNUD** - Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
**RNA** - Ribonucleic Acid  
**SCIELO-** Scientific Electronic Library on Line  
**SIAB-** Sistema de Informação de Atenção Básica  
**SINAN** - Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
**SUS** - Sistema Único de Saúde  
**TCLE-** Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
**UBS-** Unidade Básica de Saúde  
**USF-** Unidade de Saúde da Família  
**UTI-** Unidade de Tratamento Intensivo

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I - Tendência linear dos números de casos de dengue notificados no município de Itabuna/BA, no período de 2003 a 2013 .....	15
Gráfico II – Distribuição de respostas (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, se sabem o que é dengue, como evitar a doença e se sabem distinguir uma muriçoca do mosquito da dengue, Itabuna-BA, 2013 .....	39
Gráfico III – Distribuição das respostas (%) de moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia que afirmaram saber distinguir dengue e muriçoca, Itabuna-BA, 2013.....	40
Gráfico IV – Distribuição das causas (%) apontadas pelos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, quanto à existência do mosquito da dengue nos locais onde residem, Itabuna-BA, 2013 .....	41
Gráfico V – Distribuição das respostas (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, quanto ao que a equipe de saúde tem realizado para evitar a dengue, Itabuna-BA, 2013 .....	43
Gráfico VI – Distribuição das respostas (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, quanto às orientações recebidas sobre a dengue, Itabuna-BA, 2013.....	43
Gráfico VII - Distribuição dos meios de comunicação onde foram recebidas orientações para o controle da dengue, segundo sujeitos entrevistados dos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013 .....	47
Gráfico VIII - Pessoas acometidas por dengue no domicílio dos entrevistados, segundo os moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha, Nova Califórnia no município de Itabuna-BA, 2013 .....	45
Gráfico IX - Distribuição de respostas dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia sobre tipos de atividades educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde relativas à temática dengue, no município de Itabuna/BA, 2013 .....	46
Gráfico X- Pessoas acometidas por dengue no domicílio dos entrevistados, segundo os moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha, Nova Califórnia no município de Itabuna-BA, 2013 .....	50
Gráfico XI – Distribuição de sujeitos acometidos de dengue por domicílio (%), segundo moradores dos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013 .....	51

Gráfico XII - Quantidade de acometidos de dengue por domicílio (%), segundo moradores dos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.....	51
Gráfico XIII - Distribuição das respostas dos sujeitos quanto ao abastecimento de água e como ocorre o armazenamento no domicílio (%), nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013 .....	53
Gráfico XIV - Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à realização de atividades educativas com a temática dengue pelas equipes de saúde (frequência), nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.....	55
Gráfico XV - Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à participação nas atividades educativas com a temática dengue ofertadas pelas equipes de saúde (%), nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.....	56

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de sujeitos segundo sexo, faixa etária e nível de instrução (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, Itabuna/BA, 2013.....	36
Tabela 2 - Distribuição de sujeitos de acordo com o sexo, nível de instrução e renda familiar (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, Itabuna/BA, 2013.....	37
Tabela 3 – Distribuição do número de filhos, renda familiar e estado civil (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, Itabuna/BA, 2013 .....	38

# SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
1.1 OBJETIVO GERAL.....	18
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	18
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	19
2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA DENGUE .....	19
2.2 A DENGUE.....	<b>21</b>
2.2.1 Fisiopatologia .....	21
2.2.2 Sintomas .....	22
2.2.3 Tratamento .....	22
2.3 A DENGUE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE .....	23
2.3.1 Atenção Primária.....	23
2.3.2 Atenção Secundária e Terciária .....	24
2.4 AÇÕES E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS .....	24
2.5 AÇÕES EDUCATIVAS E A OCORRÊNCIA DE DENGUE .....	26
<b>3 CASUÍSTICA E MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
3.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	29
3.2 LOCAL DO ESTUDO .....	30
3.3 FASE EXPLORATÓRIA .....	32
3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	32
3.5 COLETA DE DADOS .....	33
3.5.1 Instrumento de Coleta de Dados.....	33
3.5.2 Procedimento de Coleta de Dados.....	34
3.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	34
3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA .....	34
3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA .....	35
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	<b>36</b>
4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO .....	36
4.2 CONHECIMENTOS SOBRE A DENGUE E O VETOR.....	39
4.3 SOBRE AS CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO.....	52
4.4 SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS.....	54
<b>5 CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÃO</b> .....	<b>58</b>
5.1 CONSIDERAÇÕES .....	58
5.2 CONCLUSÃO.....	62
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>64</b>
<b>APÊNDICE 1</b> .....	<b>69</b>
<b>APÊNDICE 2</b> .....	<b>70</b>
<b>APÊNDICE 3</b> .....	<b>72</b>
<b>APÊNDICE 4</b> .....	<b>74</b>
<b>APÊNDICE 5</b> .....	<b>76</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>77</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>81</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>82</b>
<b>ANEXO D</b> .....	<b>84</b>

## APRESENTAÇÃO

A Enfermagem é um desafio, e no ano de 2001 me graduei para fazer parte desta “batalha” de atuar nesta profissão na região nordeste do país, no Estado da Bahia. Neste período me dediquei à área da Saúde Pública, pois meu perfil era mais voltado para os atendimentos em Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas visitas domiciliares. Assim, comecei a caminhada nesta área do setor saúde, que necessita de dedicação e, principalmente, compromisso com a saúde da coletividade.

No período de 2001 a 2008 minha atuação como enfermeira foi no Programa de Saúde da Família (PSF) e com Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, desta forma, me deparei com inúmeras situações no território de responsabilidade da equipe, situações estas me trouxeram vários questionamentos e reflexões, principalmente em relação aos condicionantes e determinantes do processo saúde e doença.

Neste mesmo período supracitado, também comecei a experiência na formação de técnicos de enfermagem e enfermeiros e, assim, pude experimentar, descobrindo o perfil para docência, na área de saúde pública. Neste novo desafio, descobri que o investimento na formação é o caminho para mudar e propor políticas mais coerentes com as necessidades das comunidades carentes, que se apresentam sem acesso ao saneamento básico, residem em moradias improvisadas, têm dificuldades de acesso aos centros de saúde e hospitais e ainda um forte componente político atrelado a todos essas variáveis. Foi aí que vivenciei o problema saúde como uma questão social.

No segundo semestre de 2008, ao ser aprovada em concurso público municipal na cidade de Itabuna/BA, comecei a atuar no setor da vigilância epidemiológica, e ao avaliar os indicadores de saúde percebi que a doença dengue, era o maior problema de saúde naquele município e como já tinha convivido com este problema na comunidade, percebi a necessidade de se realizar um projeto para ajudar no controle.

No ano de 2012, obtive a oportunidade de realizar a pós-graduação *stricto sensu* no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação na Universidade de Ribeirão Preto e, desta forma, realizar um aprofundamento do tema, podendo construir um banco de dados para pesquisas sobre este assunto.

Enfim, o curso de mestrado é uma realização pessoal e profissional, e na minha vivência, os obstáculos impostos no decorrer destes anos de atuação na Enfermagem foram superados com uma vontade muito grande de conseguir transformar a realidade de famílias e comunidades que ainda não têm acesso, de forma efetiva, ao direito à saúde que foi institucionalizado na Constituição de 1988. Pretendo, com este estudo, fortalecer de alguma forma, mesmo na esfera micro, este direito.

## 1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma arbovirose reemergente que vem se constituindo em importante problema de saúde pública no mundo, particularmente, em países tropicais nos quais as condições ambientais, como altas temperaturas, períodos chuvosos e alta umidade relativa do ar favorecem sua proliferação, facilitando a transmissão dos quatro sorotipos do vírus: dengue 1, 2, 3 e 4 (BRASIL, 2009).

A ocorrência da dengue é mundial e, conforme salienta Ferreira (2009), é a arbovirose mais importante no continente americano, onde o mosquito transmissor, *Aedes aegypti*, é encontrado atualmente em uma extensão que vai desde o Uruguai até o Sul dos Estados Unidos, sendo registrados surtos e epidemia em vários países como na Venezuela, Cuba, Brasil e Paraguai; o que corresponde a 3,5 milhões de pessoas contaminadas no mundo.

No Brasil, mais de 80% da população reside na área urbana, com importantes lacunas no setor de infraestrutura, tais como dificuldades para garantir abastecimento regular e contínuo de água e a coleta e destino adequado dos resíduos sólidos (BRASIL, 2009). Outros fatores, como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global, conduzem a um cenário que impede, em curto prazo, a proposição de ações visando à erradicação do vetor transmissor.

Na década de 90 ocorreu um quadro epidêmico da dengue em vários Estados e cidades brasileiras e, segundo Rouquayrol e Almeida Filho (1999), epidemia denomina-se como a ocorrência de doença, em grande número de pessoas, ao mesmo tempo.

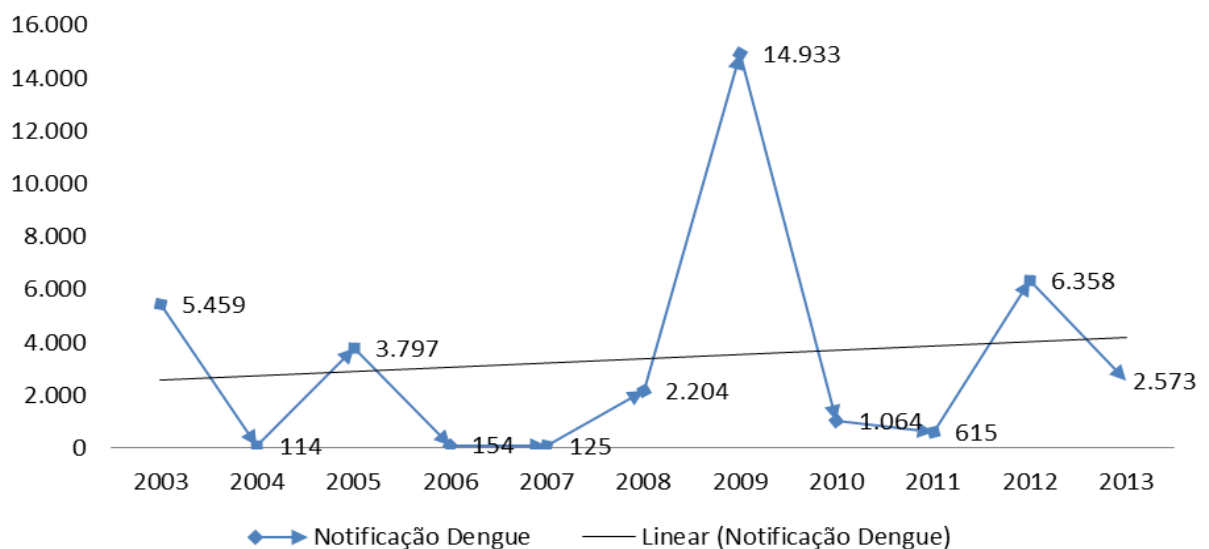
No Estado da Bahia, a dengue vem ocorrendo de forma alarmante, sendo que o Estado notificou 121.245 casos de dengue, com uma incidência de 824,1 casos por 100.000 habitantes. Foram confirmados 584 casos de Febre Hemorrágica da Dengue- FHD, com 34 óbitos, e 1.247 casos de Dengue com Complicação- DCC, com 32 óbitos. A letalidade por formas graves foi de 3,6%. Os municípios com maior número de notificações foram Itabuna com 14.926 casos (12,3%), incidência de 6.986 casos por 100.000 habitantes; Salvador com 7.308 casos (6%), incidência de 243,7 casos por 100.000 habitantes; Irecê com 5.166 casos (4,3%), incidência de 7.820,2 casos por 100.000 habitantes e Ilhéus com 4.255 notificações (3,5%), incidência de 1.940,6 casos por 100.000 habitantes. Dos 417 municípios do estado, 50% (207) apresentam alta incidência, 21% (86) apresentam média incidência e 26% (110) apresentaram baixa incidência. Foram isolados os sorotipos DENV-1, DENV-2 (predominante) e DENV-3 (BRASIL, 2010, p. 13).



As primeiras notificações de casos de dengue no município de Itabuna/BA ocorreram no ano de 2000. Já no ano de 2009, apresentou uma grande epidemia de dengue, onde segundo dados do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN) foram notificados 14.933, sendo 09 óbitos; e o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) sinalizou como um dos municípios prioritários do Estado da Bahia para o combate à dengue visto essa situação (COSTA, 2012).

O gráfico 1 mostra uma série histórica do período de 2003 a 2013, onde observa-se que nos anos de 2003, 2005, 2008, 2009, 2011, 2012 e 2013 houve aumento de casos, em número absoluto, e desta forma, confirma-se ser uma região epidêmica de dengue.

**Gráfico I - Tendência linear dos números de casos de dengue notificados no município de Itabuna/BA, no período de 2003 a 2013.**



**Fonte:** SINAN/SMS (2014).

O PNCD foi criado em 2002, com o intuito de monitorizar, supervisionar e apoiar os Estados e municípios brasileiros com aumento do mosquito (BRASIL, 2002).

Os componentes sustentadores do PNCD compreendem a vigilância epidemiológica, combate ao vetor, assistência aos pacientes, integração com a atenção básica, ações de saneamento ambiental, ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, capacitação de recursos humanos, legislação, sustentabilidade político-social e acompanhamento e avaliação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) (BRASIL, 2002).

De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (MS) (2009), em área com história prévia de transmissão de dengue o objetivo é detectar precocemente a circulação viral, nos períodos não epidêmicos; e diminuir o número de casos e o tempo de duração da epidemia nos períodos epidêmicos, sendo que uma das ações é manter as medidas de combate ao vetor e desenvolver atividades educativas e de participação comunitária.

O Ministério da Saúde propôs ações integradas de saúde, educação e mobilização que levaram à criação do Programa Saúde da Família (PSF). Seu propósito é reorganizar os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida da população. O PSF prioriza ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é feito na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio, por médicos, enfermeiros e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (BRASIL, 2006).

Em Itabuna/BA existe uma cobertura de aproximadamente 30% do Programa de Saúde da Família (PSF), ressaltando que atuam em bairros periféricos com infraestrutura sanitária, de abastecimento de água, coleta de lixo e outros serviços precários. Na ocorrência dos casos de dengue, a maioria deles, está estreitamente relacionada com as más condições sociais e econômicas das populações, produzindo diferenciais na sua frequência e distribuição, refletindo as desigualdades de cada sociedade (BRASIL, 2009).

Nas áreas mais pobres sabe-se que os criadouros potenciais mais encontrados são vasilhames destinados ao armazenamento de água para consumo, devido à frequente intermitência ou mesmo inexistência dos sistemas de abastecimento de água em cidades de pequeno, médio e grande porte em desenvolvimento econômico, a existência desta disparidade em relação a necessidade e o acesso à água para uso diário é certamente um desafio para o controle desta arbovirose (TAUIL, 2011).

Entretanto, a doença pode ocorrer em qualquer localidade desde que exista população humana susceptível, presença do vetor e o vírus seja introduzido (BRASIL, 2009).

A presença do *Ae. Aegypti*, em determinado local, seja na forma imatura ou adulta é um alerta para que as ações nos territórios cobertos e acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde da família mobilizem a comunidade no intuito de

eliminar e evitar o aparecimento de novos criadouros em seus domicílios e nos peridomicílios.

Segundo Tauil (2002), o vetor é realmente o único elo vulnerável na cadeia de transmissão da dengue e as medidas preventivas devem ser voltadas para o seu controle.

A assistência de casos de dengue, prestadas pelas equipes de saúde da família, dentro da estrutura do trabalho em equipe, é fundamental para que o território seja percebido e que as ações sejam planejadas em parceria com a comunidade. Isto posto, as atividades de controle da dengue devem ser articuladas levando em conta a participação da comunidade.

Santos (2003) entende que o modelo construído no âmbito comunitário com a participação social e os técnicos locais podem ser úteis no redirecionamento das ações de acordo com as peculiaridades do contexto local.

Frente aos aspectos supracitados justifica-se desenvolver estudos no território de atuação das equipes de saúde da família, visando contribuir com a prevenção do dengue e frente aos aspectos supracitados julga-se desenvolver estudos, objetivando contribuir com a prevenção da dengue em comunidades onde existe o Programa de Saúde da Família implantado e apresenta um alto índice de infestação predial e prevalência da doença. Esse diagnóstico possibilita a atuação mais específica frente à realidade do cenário.

Acredita-se que na área de atuação das equipes de saúde da família é possível ocorrer intensificação na prevenção da dengue por parte da equipe e comunidade, mesmo que o índice de infestação predial esteja elevado e que tenham casos confirmados da doença, pois com a equipe trabalhando continuamente para a sensibilização da comunidade, as pessoas poderão se tornar os atores sociais, os multiplicadores de ações de prevenção e de ocorrência da doença e, assim, espera-se que adotem, cotidianamente, hábitos de promoção de saúde e exclusão da dengue.

## 1.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna/BA.

## 1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o perfil socioeconômico das pessoas residentes nos bairros de atuação da equipe de saúde da família;
- Identificar as ações preventivas de controle da dengue no município de Itabuna/BA;
- Reconhecer as ações educativas desenvolvidas pelas equipes de saúde da família e a população nos 03 bairros de maiores índices de infestação no ano de 2012;
- Identificar os recursos metodológicos utilizados pelas equipes de saúde da família e a população nos 03 bairros de maiores índices de infestação no ano de 2012, por ocasião da aplicação das ações preventivas e/ou educativas.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 TRAJETÓRIA HISTÓRICA DA DENGUE

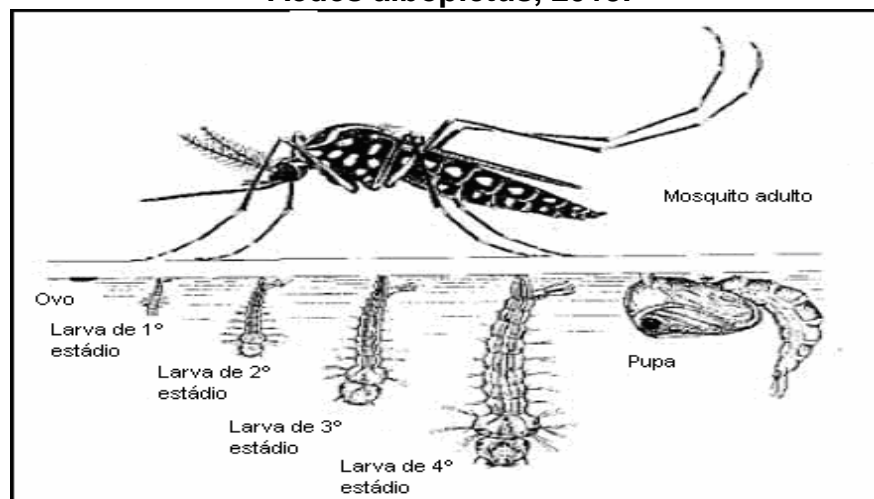
O termo Dengue tem origem da expressão Zanzibar: Ki Denga Pepo que significa ataque repentino por um espírito mau (GUBLER, 1997). Alguns relatos informam que na Espanha foi encontrada a dengue em torno de 1800, nas Antilhas de Dinga em 1827, e no Caribe de Dyenga, em 1828 (COSTA, 2012).

Os primeiros relatos da doença no mundo ocorreram no século XVII. De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS), a primeira epidemia ocorreu no Peru, no início do século IX, com sucessivos surtos no Caribe, nos Estados Unidos, na Colômbia e na Venezuela.

O *Aedes aegypti*, espécie de mosquito que transmite a dengue, é originário da África subsahariana, onde se domesticou e se adaptou ao ambiente criado pelo homem, tornando-se antropofílico, sendo suas larvas encontradas em depósitos artificiais (TEIXEIRA et al., 1999).

A Figura 1 demonstra o mosquito, até completar seu desenvolvimento, passa pelas fases de ovo, larva, pupa e mosquito adulto. As fases larva e pupa ocorrem na água.

**Figura 1 - Ciclo de desenvolvimento do *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, 2013.**



**Fonte:** SANTA CATARINA, 2008.

Segundo Brasil (2009), os principais depósitos de água utilizados como locais de ovoposição, segundo uma classificação da Fundação Nacional de Saúde (BRASIL, 2009) são:

- Inservíveis: embalagens plásticas, lixo doméstico, garrafas, latas, baldes, materiais de construção, pneus velhos e peças de carro. Esses materiais ficam jogados nos fundos dos terrenos ou em terrenos ‘vazios’ próximos a outras residências e coletam água da chuva. A falta adequada na disposição e coleta desses materiais inservíveis e do lixo doméstico faz com que esses sejam criadouros eficientes para o *Aedes aegypti*;
- Úteis: caixas d’água, tanques, cacimbas, poços, cisternas, bebedouro de animais e outros depósitos para armazenamento permanente de água para consumo, calhas, carro de mão, máquinas de construção, piscinas e vasos sanitários abandonados, bandejas de coleta de água de geladeiras e ares-condicionados, vasos de plantas e ralos. Os depósitos de armazenamento permanente de água se situam dentro ou muito próximos aos domicílios, locais ideais para procriação do *Aedes aegypti*, não sofrem influência sazonal da chuva. Alguns desses são presentes ou em maior número devido ao serviço de abastecimento de água inexistente ou irregular;
- Depósitos Naturais: bromélias, ocos de plantas, árvores e pedras;
- Grandes reservatórios: cemitérios, borracharias, floriculturas, postos de combustível, ferros-velhos, entre outros.

No continente africano surge o *Aedes aegypti* e dissemina para o Mediterrâneo no século XVIII, para a Ásia tropical no século XIX e para as Ilhas do Pacífico no final do século XIX e início do século XX (TEIXEIRA et al., 1999).

Segundo Tauil (2011), a reintrodução do vetor acontece após a Segunda Guerra Mundial de 1939 a 1945, período em que houve um aumento da densidade da infestação do mosquito no Sudeste da Ásia devido ao abandono do cenário pós batalha, onde surgem criadouros artificiais, e aconteceu o deslocamento de grandes contingentes de refugiados, destruição de sistemas de abastecimento de água, destruição de cidades, urbanização desordenada e mudanças de ecossistemas .

Nas Américas, o vírus da dengue circula desde o século passado até as primeiras décadas do século XX, quando então há um silêncio epidemiológico, registrando-se nos anos sessenta a reintrodução dos sorotipos 2 e 3, associada à ocorrência de várias epidemias de dengue clássico (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

O acontecimento epidemiológico mais relevante na história da dengue nas Américas é a epidemia de Dengue Hemorrágico e Síndrome de Choque da Dengue (DH/SCD) que ocorreu em Cuba, no ano de 1981, quando foram notificados 344.203 casos, com 116.143 hospitalizações (TEIXEIRA et al., 1999).

No Brasil há relatos de prováveis epidemias de dengue no início do século passado, em 1916, em São Paulo; e em 1923, em Niterói. Entretanto, a primeira epidemia documentada, clínica e laboratorialmente, ocorreu em Boa Vista/Roraima, em 1982 (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

Durante quase 60 anos, de 1923 a 1982, o Brasil não apresentou registro de casos de dengue em seu território. Porém, desde 1976, o *Aedes aegypti* havia sido reintroduzido no país, a partir de Salvador/BA e estava presente em muitos países vizinhos (TAUIL, 2002).

## 2.2 A DENGUE

### 2.2.1 Fisiopatologia

A dengue é uma arbovirose, que acomete milhões de pessoas em todo o mundo, chegando a afetar 100 países, em todos os continentes, exceto Europa, levando milhões de pessoas a internação e, conseqüentemente, ao óbito (BRASIL, 2002).

Esta é uma doença que está presente nas regiões tropicais do mundo onde as condições climáticas relacionadas aos hábitos da população, favorecem a permanência do vetor e do vírus, possibilitando a permanência constante da dengue (BRASIL, 2009).

Atualmente, a circulação do vírus da dengue já se estabeleceu desde o sul dos Estados Unidos até a Argentina, embora seja mais intensa entre os paralelos 35° N e 35° S (WHO, 2008).

O *Aedes aegypti* é o agente etiológico, trata-se de um vírus ácido ribonucleico (AR), classificado como um arbovírus, pertence ao gênero *Flavivirus* da família *Flaviviridae*. Atualmente, os vírus da dengue são os arbovírus mais difundidos geograficamente (SOUZA, 2008).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), arbovírus são vírus mantidos na natureza através da transmissão biológica entre hospedeiros vertebrados suscetíveis, por artrópodos hematófagos. Atualmente são reconhecidos quatro

sorotipos do vírus, classificados como: DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4 (BRASIL, 2011).

Vale salientar, que estes vírus são geneticamente diferentes, e podem existir subcomplexos sorológicos em cada grupo, porém possuem características em comum a outros *Flavivirus*, tem um genoma com cadeia única de *Ribonucleic Acid* (RNA) com polaridade positiva, contendo aproximadamente 11kb, envolto por um nucleocapsídeo icosaédrico e recoberto por um envelope lipídico (CASTRO, 2004).

### 2.2.2 Sintomas

A dengue é uma doença febril aguda, que pode ser de curso benigno ou grave, geralmente alta (39°C a 40° C), de início abrupto, associada à cefaleia, adinamia, mialgias, artralgias, dor retroorbitária, com presença ou não de exantema e ou prurido. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia podem ser observados por 2 a 6 dias (BRASIL, 2011).

Clinicamente as manifestações variam de uma síndrome viral, inespecífica e benigna, até um quadro grave e fatal de doença hemorrágica com choque. Segundo Brasil (2011), a dengue é classificada em três formas: a clássica, com complicações e a hemorrágica que é considerada a mais grave.

### 2.2.3 Tratamento

O tratamento da dengue é realizado a depender da classificação do quadro, que é dividido em 04 estadiamentos: A, B, C e D; e a terapêutica é instituída com base nos sintomas de cada classificação, que perpassa da dengue clássica, dengue com complicação, choque da dengue e febre hemorrágica da dengue (BRASIL, 2011).

Para a classificação de risco do paciente com suspeita de dengue, utilizaram-se os critérios da Política Nacional de Humanização e o estadiamento da doença. Esta classificação de risco poderá ser realizada por enfermeiro ou médico que, de posse do protocolo técnico, irá identificar os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, o grau de sofrimento e o agravo à saúde (BRASIL, 2011).



A Organização Mundial da Saúde (BRASIL, 2009) definiu um critério de classificação das formas de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), em quatro categorias, de acordo com o grau de gravidade:

- Grau I – febre acompanhada de sintomas inespecíficos, em que a única manifestação hemorrágica é a prova do laço positiva;
- Grau II – além das manifestações constantes do Grau I, somam-se hemorragias espontâneas como sangramentos de pele, petéquias, epistaxe, gengivorragia e outras;
- Grau III – colapso circulatório com pulso fraco e rápido, diminuição da pressão arterial ou hipotensão, pele pegajosa e fria e inquietação;
- Grau IV – choque profundo, com pressão arterial e pulso imperceptível (síndrome do choque da dengue).

A porta de entrada preferencial para atendimento da pessoa com suspeita de dengue é a Atenção Primária; porém, todos os serviços de saúde devem acolher os casos, classificar o risco, atender e, se necessário, encaminhar para o serviço compatível com a complexidade/necessidade do paciente, responsabilizando-se por sua transferência (BRASIL, 2011).

De acordo com o manejo clínico da dengue para adulto e criança de 2011, toda pessoa com suspeita de dengue deve receber soro de hidratação oral, de imediato, em sua chegada à unidade de saúde, mesmo enquanto espera por atendimento (BRASIL, 2009).

Vale salientar, que os casos suspeitos de dengue que são classificados como dengue clássica devem ser atendidos na atenção primária, nas Unidades Básicas de Saúde e Unidades de Saúde da Família, os casos de dengue com complicação, febre hemorragia da dengue e choque da dengue deve ser atendidos nos hospitais que apresentem suporte adequado e leitos de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) (BRASIL, 2009).

## 2.3 A DENGUE NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO À SAÚDE

### 2.3.1 Atenção Primária

Na Atenção Primária resolve-se segundo estudos 80% dos problemas de saúde da população, que procura o serviço. Em relação à dengue recomenda-se que o paciente com suspeita da doença seja atendido, em princípio, neste nível.

Esta assistência é que definirá o percurso do usuário dentro da rede de assistência (BRASIL, 2009).

A garantia do atendimento oportuno nas Unidades de Saúde e ou Unidades de Saúde da Família podem diminuir os óbitos por dengue e, desta forma, o serviço deve seguir recomendações mínimas, as quais reforçam que o serviço deve possuir profissionais da saúde de nível superior, equipamentos e insumos necessários (BRASIL, 2009).

### 2.3.2 Atenção Secundária e Terciária

As unidades de pronto atendimento, unidades de urgência e emergências, pronto-socorros, ambulatórios especializados ou hospitais de pequeno porte são classificados como atenção secundária e devem estar preparadas para atender os pacientes com dengue que apresentam sangramento e condições especiais (BRASIL, 2009).

A garantia do atendimento oportuno do paciente do Grupo B e do Grupo Especial, por profissionais capacitados e a manutenção das unidades com insumos adequados é essencial para evitar os encaminhamentos desnecessários para o setor terciário, evitando complicações clínicas para os pacientes e evitando sobrecargas desnecessárias nos serviços (BRASIL, 2009).

As unidades hospitalares que são do setor terciário devem estar providas de insumos básicos e outros, para realização de procedimentos especializados, adequados ao elenco de ações para o funcionamento da unidade de forma a garantir a qualidade do atendimento e resolutividade das ações (BRASIL, 2009).

A assistência aos pacientes com suspeita de dengue deve, segundo o manejo clínico da Dengue, assegurar condições básicas nos três níveis de atenção garantindo uma assistência de qualidade e evitando óbitos, já que a taxa de letalidade no país, em média, se apresenta seis vezes maior do que a Organização Mundial da Saúde recomenda que é inferior a 1% (BRASIL, 2011).

## 2.4 AÇÕES E PROGRAMAS GOVERNAMENTAIS

No mundo há programas de controle da dengue, suficientemente efetivos, como o de Singapura e Cuba que chegaram a ser exemplos para o mundo, mas ainda estes países continuam tendo transmissão de dengue (TAUIL, 2011).

O combate ao *Aedes aegypti* foi institucionalizado no Brasil, de forma sistematizada, a partir do século XX. Diversas epidemias de Febre Amarela Urbana ocorriam no País, levando à morte de milhares de pessoas (BRAGA, 2007).

Nos anos de 1902 a 1907 o pesquisador Oswaldo Cruz, iniciou no Rio de Janeiro a primeira campanha pública contra a Febre Amarela Urbana (FAU), com o objetivo de eliminar focos do *Aedes aegypti* (BRAGA, 2007).

A fundação Rockefeller, em 1930 a 1940, executou campanhas intensas de erradicação do *Aedes aegypti* nas Américas, e a partir de 1955, o Brasil também participou de campanhas continentais de erradicação do mosquito, que obtiveram êxito (BRAGA, 2007).

Vários departamentos foram criados depois da década de 50, com o objetivo de eliminar e controlar o *Aedes aegypti*, porém sua erradicação foi temporária. O mosquito retornou ao Brasil em 1976, em função de falhas no controle e de mudanças sociais e ambientais decorrentes da urbanização acelerada dessa época; foram confirmadas reinfestações em alguns Estados do país (BRAGA, 2007).

No ano de 2002, o Ministério da Saúde institucionalizou o Programa Nacional de Controle da Dengue, com o objetivo de reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*; reduzir a incidência da dengue e reduzir a letalidade por febre hemorrágica de dengue (BRASIL, 2002).

Os componentes de base do programa supracitado contemplam a vigilância epidemiológica, combate ao vetor, assistência aos pacientes, integração com atenção básica (PACS/PSF), ações de saneamento ambiental, ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, legislação e sustentação político – social, além de acompanhamento e avaliação do programa (BRASIL, 2002).

As ações integradas da educação em saúde do PNCD são destaque, por possuir o objetivo de fomentar o desenvolvimento de ações educativas para a mudança de comportamento e a adoção de práticas para a manutenção do ambiente domiciliar, preservado da infestação por *Aedes aegypti*, observando as realidades locais quanto aos principais criadouros (BRASIL, 2002).

A outra base relevante é a integração com a atenção básica que tem como objetivo principal consolidar a inserção do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e do Programa de Saúde da Família, nas ações de prevenção e controle da dengue visando, principalmente, promover mudanças de hábito da comunidade que

contribuam para manter o ambiente doméstico livre do *Aedes aegypti* (BRASIL, 2002).

Os programas de controle da dengue, em sua maioria, em escala mundial e nacional têm como objetivo principal o controle do mosquito, o que reafirma a necessidade de um maior envolvimento da sociedade em relação à prática de hábitos que eliminem e minimizem criadouros da *Aedes aegypti* no seu domicílio e no peridomicílio.

## 2.5 AÇÕES EDUCATIVAS E A OCORRÊNCIA DE DENGUE

As ações educativas preconizadas pelo Programa Nacional de Controle da Dengue, no ano de 2002, pelo Ministério da Saúde objetivam fomentar ações educativas nas áreas de atuação dos Agentes de Controle de Endemias – ACE e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e, desta forma, trabalhar articulado com as Unidades Básicas de Saúde - UBS e Unidade de Saúde da Família para promover a mudança de comportamento da população.

O Ministério da Saúde criou em 1994 o PSF, propondo ações integradas de saúde, educação e mobilização, com o objeto de reorganizar os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida da população. O PSF prioriza ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é feito na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio, por médicos, enfermeiros e ACS.

Em 03 de janeiro de 2002, o MS publicou a Portaria n. 44/GM, que definiu e estabeleceu as atribuições do ACS em relação à prevenção e controle da dengue e preconizou que em sua rotina de trabalho deveriam multiplicar, em suas visitas domiciliares, as ações de controle da dengue, já que conhecem as realidades locais por ser morador da área de atuação. Defendia desta forma, um programa de controle de dengue que levasse em conta a realidade local e que oferecesse outra série de serviços, podendo manter um elo entre comunidade e o serviço público, aumentando o grau de confiança entre as partes e estimulando a comunidade a exercer a cidadania, e assim, produzir efeitos positivos na redução do risco de transmissão de dengue (CLARO et al., 2004).

A compreensão de como uma comunidade se comporta em relação à dengue é de extrema importância para um projeto mais amplo de controle participativo, pois

tal comportamento advém do grau de compreensão e de interpretação das informações atinentes à doença relacionadas à organização sociocultural de um grupo (SANTOS, 2003).

O desenvolvimento das práticas educativas no SUS tem por base as ações de comunicação, imprescindíveis para fomentar os processos de mobilização. O objetivo dessas ações é a adesão das pessoas da sociedade organizada, de maneira consciente e voluntária, para o enfrentamento de determinado problema que afeta a comunidade (BRASIL, 2009).

A adoção de práticas para a manutenção do ambiente domiciliar preservado da infestação por *Aedes aegypti*, observadas a sazonalidade da doença e as realidades locais quanto aos principais criadouros, é a principal ação educativa eficaz no controle do vetor (BRASIL, 2002).

Segundo as diretrizes para o controle de endemias em 2009, a educação terá as ações subdivididas em três eixos: assessoria de imprensa, publicidade e comunicação intersetorial e mobilização junto à sociedade. Desta forma, as ações ampliadas e os municípios considerando suas realidades e especificidades foram estimuladas dentro do Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD), a planejar e executar a educação em saúde voltada para o controle.

O PNCD, por sua verticalidade e padronização operativa, não possibilita que no âmbito comunitário seja internalizada a complexidade envolvida na determinação da dengue; formaliza, pois, para o município, o papel de reprodutor de práticas prescritas nos manuais oficiais (SANTOS, 2003).

Pesquisador como Tauil (2002) afirma que o PNCD é verticalizado, prescritivo em relação às ações educativas e, desta forma, não incentiva através de suas ações diárias dos ACE, o envolvimento de fato da comunidade em seu domicílio e peridomicílio, sendo as atividades destes profissionais voltadas para o controle químico do vetor, minimizando seu papel educativo.

O modelo de prevenção adotado nas práticas de prevenção da dengue mostra-se ainda marcado pelo higienismo/campanhismo, no qual as ações se voltam prioritariamente para o combate ao vetor; são setoriais (setor saúde), realizadas por agentes de saúde; se dão para a higienização do ambiente em que as noções de limpeza/ pureza e risco/perigo são enfatizadas (RANGEL, 2008).

As ações de educação, comunicação e informação que podem ser confinadas apenas à atuação do ACE em cada residência devem ser associadas ou não a

algumas campanhas pontuais de educação e/ou comunicação de massa, ou ser bem abrangente com participação efetiva de setores sociais e governamentais além da busca da participação da comunidade no processo de prevenção (TEIXEIRA et al., 1999).

Segundo Tauil (2011), a abordagem educativa do controle da dengue pelos meios de comunicação e pelas escolas, deve buscar justamente a mudança das práticas habituais facilitadoras da proliferação do *Aedes aegypti*.

A mudança de comportamento em relação ao controle da dengue, segundo Teixeira et al. (1999), está ligada às metodologias pedagógicas capazes de proporcionar mudanças de comportamentos no que diz respeito aos cuidados individuais e coletivos com a saúde, com ênfase na necessidade de redução e eliminação dos criadouros potenciais do mosquito transmissor da dengue.

De acordo com Claro et al. (2004), as campanhas informativas que utilizam redes de televisão, rádios, jornais, folhetos, cartazes, palestras comunitárias buscando a colaboração da população para a eliminação dos focos de mosquitos têm demonstrado eficiência limitada por não compartilhar com a população todos os aspectos necessários ao entendimento da doença e a promoção da saúde como um todo.

As abordagens baseadas na participação comunitária e educação em saúde têm sido cada vez mais valorizadas, ao lado das ações ambientais e da vigilância epidemiológica, entomológica e viral (CLARO et al., 2004).

Enfim, a mobilização da sociedade seja através do comitê da dengue formal ou em outros espaços de convívio social é o grande desafio do controle da dengue, e desta forma, a prevenção será contínua e envolverá todos os segmentos sociais de forma a sensibilizar as pessoas, evitando as epidemias e, conseqüentemente, os óbitos.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório, transversal, de abordagem qualiquantitativa, onde o *lócus* são três bairros do município de Itabuna/BA e sua população é da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família, dos bairros A, B, C; localizados no município de Itabuna/BA, que apresentaram no ano de 2012 - período epidêmico, os maiores índices de infestação predial, e por este motivo o controle da dengue foi intensificado.

A pesquisa descritiva deve observar, registrar, analisar e correlacionar os fatos, descrevendo as características propostas do estudo abordado (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007), como pretende-se nessa pesquisa.

A utilização da pesquisa qualiquantitativa objetiva melhor entendimento do fenômeno estudado, buscando diagnosticar o fenômeno através de sua descrição e interpretação; além de explicá-lo, a partir de relações denexo causal (NEVES, 1996). O emprego desta abordagem possibilita maior compreensão do fenômeno, com visão mais abrangente do contexto onde ocorre (SILVA, 2007).

O método quantitativo tem sido utilizado para descrever e explicar fenômenos procurando seguir, com rigor, um plano previsto anteriormente, buscando enumerar ou medir eventos, empregando a estatística para análise dos dados (NEVES, 1996).

A abordagem qualitativa preocupa-se com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transações consigo mesmo e seus arredores (BUENO, 1993; POLIT; HUNGLER, 1995). Alguns pesquisadores ressaltam que nessa modalidade de pesquisa há uma inquietação com um universo de valores e atitudes que correspondem a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, sem se importar com a quantidade, mas sim com a compreensão e entendimento da dinâmica das relações sociais (MINAYO, 1996; BUENO, 2001).

A pesquisa qualitativa permite analisar as preocupações dos sujeitos estudados possibilitando o esclarecimento, o tratamento, a interpretação e a descrição do estudo da realidade (TRIVIÑOS; KOPS, 1991).





do município segundo o Censo do IBGE, no ano de 2010 é de 204.667 habitantes (ITABUNA, 2011).

O município possui 45 bairros, segundo o anuário estatístico do ano de 2011 do município de Itabuna/BA, dos quais todos passaram pelo Levantamento de Índice Rápido para *Aedes* (LIRA) no ano de 2012, destacando-se com os 04 (quatro) maiores índice de infestação os bairros: Nova Califórnia, Fonseca, Sarinha e Novo Horizonte, os quais possuem equipe de saúde da família composta pelos seguintes profissionais: 01 enfermeiro, 01 médico, 01 odontólogo, 01 auxiliar de consultório odontológico, 01 auxiliar de enfermagem, 01 técnico de enfermagem e de no máximo 12 ACS (BRASIL, 2006).

O Bairro Fonseca é exceção, porque sua população é acompanhada pelo Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS) que, de acordo com a Portaria 648/2006, do Ministério da Saúde, possui uma composição de 01 enfermeiro e no máximo 30 ACS para cada equipe, e estes profissionais são cadastrados em uma Unidade Básica de Saúde, a qual é a referência da população deste território (BRASIL, 2006). Desta forma, esse bairro exclui-se da amostra por ter essa característica.

O Índice Rápido para *Aedes aegypti*-LIRAA foi desenvolvido em 2002, com o objetivo de atender a necessidade dos gestores e profissionais que operacionalizam o programa de controle de dengue de dispor de informações entomológicas em um ponto no tempo (antes do início do verão) antecedendo o período de maior transmissão, com vistas ao fortalecimento das ações de combate vetorial nas áreas de maior risco (BRASIL, 2009).

Os indicadores entomológicos que são obtidos no LIRA são os mesmos utilizados na rotina do PNCD contemplando o Índice de Infestação Predial(IIP), Breteau (IB) e de Tipo de Recipiente (ITR). Os passos para operacionalizar o levantamento rápido é orientado em cada município, em função de sua densidade populacional, do número de imóveis e de quarteirões existentes, considerando sempre como unidade primária da amostragem, o quarteirão (BRASIL, 2009).

O resultado deste levantamento fornece informações sobre a situação do índice de infestação por *Aedes aegypti* do município pesquisado e por bairros. A classificação deste resultado, segundo a Organização Mundial da Saúde define que, os índices de infestação Predial – IIP menor que 1% é satisfatório, de 1-3,9 alerta e maior que 3,9 risco de transmissão de dengue (BRASIL, 2009).

A população da área de abrangência destes três bairros compreendem 8079 habitantes, que residem nestes territórios onde mais de 90% das residências recebem água da rede pública municipal e mais de 90%, com exceção do bairro Nova Califórnia, a coleta do lixo é realizada pelo carro da rede pública. Tais dados são compilados pelas equipes que atuam diretamente com estas comunidades (ITABUNA, 2013B).

### 3.3 FASE EXPLORATÓRIA

Na fase exploratória, as discussões pautaram-se no levantamento das inquietações da pesquisadora na busca do foco da investigação.

Realizou-se, então, a escolha do tema da investigação e a delimitação do problema. Posteriormente, com a revisão da literatura para aprofundar o entendimento sobre o assunto, propuseram-se os objetivos da pesquisa de campo e a escolha dos instrumentos de coleta de dados e exploração do campo.

Para a revisão bibliográfica acessou-se a Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) Bireme, utilizando as bases de dados da *Scientific Eletronic Library On Line* (SciELO) e o *Pubmed*, no período de abril a agosto 2013, sem delimitação de tempo. Elaborou-se buscas com os descritores: dengue, prevenção & controle, equipe de assistência ao paciente e educação em saúde.

### 3.4 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram considerados como população do estudo os moradores dos bairros Nova Califórnia, Novo Horizonte e Sarinha no município de Itabuna/BA.

Os critérios de inclusão compreenderam pessoas moradoras dos referidos bairros, acompanhadas pela Equipe de Saúde da Família, que tiveram casos de dengue notificados pela vigilância epidemiológica municipal no ano de 2012, confirmados através do banco de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN (ITABUNA, 2013C).

Os critérios de exclusão incluíram residências que não são acompanhadas pela ESF, não tiveram casos de dengue entre os residentes do domicílio no ano de 2012.

Os critérios de descontinuidade consideraram moradores que durante a pesquisa relataram que, por algum motivo, não queriam participar das atividades do projeto.

Considerando a população de cada bairro, sendo Sarinha: 1235 habitantes; Nova Califórnia: 2728 habitantes e Novo Horizonte: 4116 habitantes (ITABUNA, 2013B), a amostra foi classificada como intencional e estratificada proporcional, pois foram entrevistadas apenas pessoas que foram acometidas pela dengue e a população-alvo foi dividida em subgrupos homogêneos chamados estratos, com uma característica em comum, a incidência de uma doença (TRIOLA, 2008).

A população acometida pela doença totalizou 222 casos, 115 sujeitos no bairro Sarinha, 40 em Nova Califórnia e 67 casos no bairro Novo Horizonte, assim considerando um erro amostral de 6,9% e um intervalo de confiança 95%, a amostra foi constituída de 106 casos, sendo 50 casos no bairro Sarinha, 20 casos no bairro Nova Califórnia e 36 casos no bairro Novo Horizonte.

Após aplicação dos critérios de inclusão, exclusão e descontinuidade a amostra para este estudo constituiu-se de 106 sujeitos.

### 3.5 COLETA DE DADOS

#### 3.5.1 Instrumento de Coleta de Dados

Os dados foram obtidos a partir de informações coletadas em uma entrevista com os moradores da área de atuação da equipe de saúde da família, utilizando instrumento de roteiro semi-estruturado (ANEXO A), depois do aceite dos mesmos; a partir de visita domiciliar realizada no período de agosto a dezembro de 2013. Esse contato foi previamente acordado por meio da equipe de saúde da família que avisou da ocorrência da pesquisa.

A entrevista foi realizada pela pesquisadora e também por seis alunos do curso de Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologia, que receberam treinamentos relativos à dengue e também quanto aos aspectos da educação em saúde para prevenção da ocorrência dessa doença na comunidade. O treinamento foi ministrado pela pesquisadora responsável, considerando a exposição dialogada e discussão dos aspectos pertinentes à ocorrência da dengue (APÊNDICE 1), totalizando 12 horas de carga horária total, contemplando o conteúdo teórico,

exemplificando os objetivos da pesquisa e treinamento da abordagem teórico-prática na comunidade com vistas a aplicação do instrumento.

Foi utilizado um instrumento (ANEXO A) de Santos (2003) para a coleta de dados, adaptado às necessidades do presente estudo, o qual compreendeu quatro etapas: a primeira parte contém dados de identificação, a segunda aborda o conhecimento sobre a dengue e o vetor, a terceira contempla condições de habitação e na última etapa levantam-se as ações educativas desenvolvidas na comunidade.

### 3.5.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta dos dados foi realizada por seis entrevistadores devidamente treinados e supervisionados pelo pesquisador, que aplicaram os instrumentos nos bairros da Nova Califórnia, Novo Horizonte e Sarinha, no período de agosto e dezembro de 2013.

Os dados secundários incluíram os relatórios do SINAN e os consolidados das famílias cadastradas do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) foram obtidos sistematicamente pelo pesquisador nas seguintes fontes: Vigilância Epidemiológica do Município de Itabuna-BA e no Departamento de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna.

## 3.6 ANÁLISE DOS DADOS

As informações coletadas mediante o instrumento utilizado foram analisadas separadamente e agrupadas em categorias por meio do *software* Microsoft Excel versão 2010, utilizando-se da funcionalidade de tabela dinâmica, sendo que a análise e apresentação dos dados ocorreram pela estatística descritiva e tabela de dados.

## 3.7 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Em atendimento à Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/12, respeitando os princípios éticos, será preservada a confidencialidade no estudo. Houve a solicitação de autorização do Secretário da Saúde do Município de Itabuna/BA e da Diretora de Vigilância à Saúde (APÊNDICES 2 e 3), para a

possibilidade de abordar os dados de epidemiológicos necessários ao estudo, além de solicitar a anuência de moradores dos bairros em estudo que aceitarem participar do estudo, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 4).

Foi apresentado aos participantes o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), que descreve os objetivos da pesquisa. Não houve situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente responderam às questões do instrumento após terem concordado com os objetivos do estudo, e assinaram o TCLE (APÊNDICE 3), no caso de aquiescência.

A pesquisa foi desenvolvida após autorização do Secretário da Saúde do município de Itabuna/BA (ANEXO B), bem como da Diretora de Vigilância à Saúde (ANEXO C); e apreciação e autorização (ANEXO D) do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade de Ribeirão Preto, conforme solicitação a esse órgão (APÊNDICE 5), sob protocolo n. 445038. No âmbito da comunidade foi solicitada a assinatura do TCLE a cada participante que concordaram em participar do estudo.

### 3.8 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa somente seria suspensa diante da percepção de algum risco ou dano aos sujeitos da pesquisa ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos ou apresentasse superioridade metodológica.

O pesquisado pode rever seu consentimento a qualquer momento para deixar de participar deste estudo, sem que isso trouxesse prejuízo ou penalização aos indivíduos pesquisados; item esse que está contemplado no termo de consentimento.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste tópico serão apresentados os resultados das entrevistas aplicadas pela pesquisadora e alunas, junto aos cidadãos que tiveram dengue e são moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, bem como o perfil socioeconômico e demográfico dos sujeitos que aceitaram participar dessa pesquisa.

### 4.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

A amostra estudada foi de 106 indivíduos, com idades acima de 18 anos, entre 19 e 83 anos, sendo 96 (90,6%) do sexo feminino e 10 (9,4%) masculino. A idade média dos entrevistados foi de 40 anos, com desvio padrão de 14,09 anos.

Em relação ao grau de instrução observou-se que a maioria dos sujeitos possui o ensino médio incompleto 47 (44,4%), seguido de 27 (25,4%) com ensino médio completo, ressaltando que 8 (7,5%) são analfabetos (Tabela 1).

**Tabela 1 - Distribuição de sujeitos segundo sexo, faixa etária e nível de instrução (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, Itabuna/BA, 2013.**

SEXO	Feminino								Sub-Total	Masculino				Sub-Total	TOTAL
	A	EFC	EFI	EMC	EMI	NP	NSC	NSI		EFI	EMC	EMI	NSI		
19+- 29				5,7%	17,9%			0,9%	24,5%	0,9%	1,9%			2,8%	27,4%
29+- 39	0,9%	0,9%	4,7%	9,4%	11,3%				27,4%					0,0%	27,4%
39+- 49	0,9%	0,9%	4,7%	4,7%	4,7%	0,9%			17,0%		0,9%	0,9%		1,9%	18,9%
49+- 59	1,9%		0,9%	3,8%	2,8%		0,9%		10,4%		0,9%	0,9%		1,9%	12,3%
59 ou +	3,8%		2,8%	0,9%	3,8%				11,3%	2,8%				2,8%	14,2%
<b>Total Geral</b>	<b>7,5%</b>	<b>1,9%</b>	<b>13,2%</b>	<b>24,5%</b>	<b>40,6%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>90,6%</b>	<b>2,8%</b>	<b>0,9%</b>	<b>3,8%</b>	<b>1,9%</b>	<b>9,4%</b>	<b>100%</b>

**Legenda:** A-Analfabeto; EFC-Ensino Fundamental Completo; EFI-Ensino Fundamental Incompleto; EMC-Ensino Médio Completo; EMI-Ensino Médio Incompleto; NR-Não Respondeu NSC-Nível Superior Completo; NSI-Nível Superior Incompleto.

**Fonte:** Autora.

As mulheres foram predominantes como entrevistadas no estudo, possivelmente, por ainda estarem voltadas às atividades do lar, pois segundo o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2011), o sexo feminino ainda possui uma taxa de participação feminina no mercado formal inferior a dos homens, e desta forma, ainda estão voltadas para ocupação do lar.

O grau de escolaridade é considerado um elemento fundamental a ser considerado tanto na análise dos determinantes da saúde como na abordagem da população para o desenvolvimento de práticas de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O baixo nível de escolaridade pode afetar negativamente a formulação de conceitos de autocuidado em saúde, a noção de conservação ambiental e a percepção da necessidade de atuação do indivíduo como cidadão em contextos sanitários coletivos (IBGE, 2010).

Como observado no estudo, a amostra da pesquisa vigente, embora se apresente em quase 70% com ensino médio – completo ou incompleto-, existem sujeitos que não são alfabetizados e podem ter dificuldades de entendimento sobre os aspectos que envolvem a educação para o controle da dengue.

A renda média das famílias, conforme dados da tabela 2, tem valor predominando até um salário mínimo (56) 52,9% da amostra, (42) 39,6% entre 1 a 3 salários, entretanto, (8) 7,5% recebem de 3 a 6 salários. Outro ponto relevante que se constata refere-se ao fato que quanto o maior nível de escolaridade do sujeito, maior o ganho familiar.

**Tabela 2 - Distribuição de sujeitos de acordo com o sexo, nível de instrução e renda familiar (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, Itabuna/BA, 2013.**

SEXO Renda Familiar	FEMININO								Sub TOTAL	MASCULINO				Sub TOTAL	Total Geral	
	A	EFC	EFI	EMC	EMI	NR	NSC	NSI		90%	10%	10%	10%			
Menor de 1 Salário	4%	1%	5%		1%	1%							12%	10%	10%	12,3%
Um salário	4%		7%	10%	20%			1%					42%	10%	20%	40,6%
De 1 a 3 Salários		1%	2%	13%	23%								39%	10%	10%	39,6%
De 3 a 6 Salários				5%	1%		1%						7%		10%	7,5%
<b>Total Geral</b>	<b>8%</b>	<b>2%</b>	<b>14%</b>	<b>28%</b>	<b>45%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>1%</b>	<b>90%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>10%</b>	<b>100%</b>	<b>30%</b>	<b>10%</b>	<b>100,0%</b>

**Legenda:** A-Analfabeto; EFC-Ensino Fundamental Completo; EFI-Ensino Fundamental Incompleto; EMC-Ensino Médio Completo; EMI-Ensino Médio Incompleto; NR-Não Respondeu; NSC-Nível Superior Completo; NSI-Nível Superior Incompleto.

**Fonte:** Autora.

Na tabela 3 constata-se que a maioria (77,4%) dos sujeitos, independente da renda familiar, tem até três filhos, sendo que 2,8% possui 8 ou mais filhos. Ainda verifica-se que quanto maior a renda familiar, menor o número de filhos e que apenas 2% da amostra, com renda familiar menor que 1 salário mínimo tem 8 filhos ou mais. Os sujeitos com renda familiar menor que 1 salário mínimo e um salário têm até 7 filhos, no geral, e a maioria dos filhos inserem-se no ambiente de sujeitos casados (43,3%), independente da renda familiar. Quanto ao estado civil, a maioria é

casada 46 (43,3%), seguida de 30 (28,2 %) entrevistados solteiros, e 18 (17%) em união estável.

**Tabela 3 – Distribuição do número de filhos, renda familiar e estado civil (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, Itabuna/BA, 2013.**

<b>NÚMERO DE FILHOS</b>	<b>0 A 3</b>	<b>4 a 7</b>	<b>8 a 11</b>	<b>12 ou mais</b>	<b>TOTAL</b>
<b>Menor que 1 Salário</b>	<b>6,6%</b>	<b>5,7%</b>		<b>0,0%</b>	<b>12,3%</b>
Casado(a)	2,8%	1,9%			4,7%
OUTRO		0,9%			0,9%
Solteiro(a)	1,9%				1,9%
União Estável	1,9%	1,9%			3,8%
Viúvo(a)		0,9%			0,9%
<b>Um salário</b>	<b>33,0%</b>	<b>5,7%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>39,6%</b>
Casado(a)	7,5%	1,9%			9,4%
OUTRO	1,9%				1,9%
Solteiro(a)	13,2%	1,9%	0,9%		16,0%
União Estável	9,4%				9,4%
Viúvo(a)	0,9%	1,9%		0,9%	2,8%
<b>De 1 a 3 Salários</b>	<b>30,2%</b>	<b>8,5%</b>	<b>0,9%</b>	<b>0,0%</b>	<b>39,6%</b>
Casado(a)	17,0%	6,6%	0,9%		24,5%
Divorciado(a)	0,9%	0,9%			1,9%
Solteiro(a)	8,5%	0,9%			9,4%
União Estável	3,8%				3,8%
<b>De 3 a 6 Salários</b>	<b>7,5%</b>	<b>0,0%</b>		<b>0,0%</b>	<b>7,5%</b>
Casado(a)	4,7%				4,7%
OUTRO	1,9%				1,9%
Solteiro(a)	0,9%				0,9%
<b>Total Geral</b>	<b>77,4%</b>	<b>19,8%</b>	<b>1,9%</b>	<b>0,9%</b>	<b>100,0%</b>

Fonte: Autora.

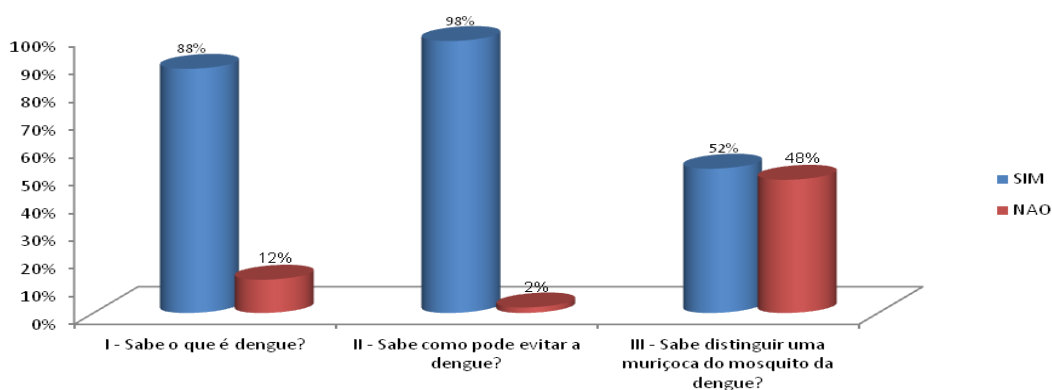
Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), a taxa de fecundidade vem caindo em todas as regiões do país, e um condicionante importante é o grau de instrução, ou seja, as famílias com maior grau de instrução estão tendo menos filhos. Ainda de acordo com o mesmo Instituto, outro ponto relevante, é a renda, pois o que se observa é quanto maior ganho das famílias, independente do estado civil declarado, o número de filhos é menor, como se visualiza neste cenário de pesquisa.



## 4.2 CONHECIMENTOS SOBRE A DENGUE E O VETOR

Na amostra, 93 (88%) sujeitos afirmaram saber o que é dengue, e 103 (98%) da amostra relataram ter ciência como evitar a doença, contudo, apenas 55 (52%) dos entrevistados conseguem distinguir uma muriçoca do mosquito da dengue, de acordo com o apontado no Gráfico II.

**Gráfico II – Distribuição de respostas (%) dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, se sabem o que é dengue, como evitar a doença e se sabem distinguir uma muriçoca do mosquito da dengue, Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

O conhecimento do vetor e da doença, segundo estudos realizados por Santos et al. (2011), no município de Cabo de Santo Agostinho/PB, na região nordeste do país, demonstrou ser adequado sobre qual é o mosquito transmissor da dengue, seus hábitos alimentares, bem como preferência de horários para picar o ser humano e também os sintomas da doença.

Chiaravalloti (1997) ressaltou que em pesquisas realizadas na cidade de São José do Rio Preto/SP, os resultados mostraram que o conhecimento sobre a dengue, vetor e medidas de controle são bastante satisfatórios e foram incorporados pela população, sendo que esses saberes não corresponderam, necessariamente, a uma mudança de hábitos e, conseqüentemente, a uma redução do número de criadouros a ponto de evitar a transmissão da dengue.

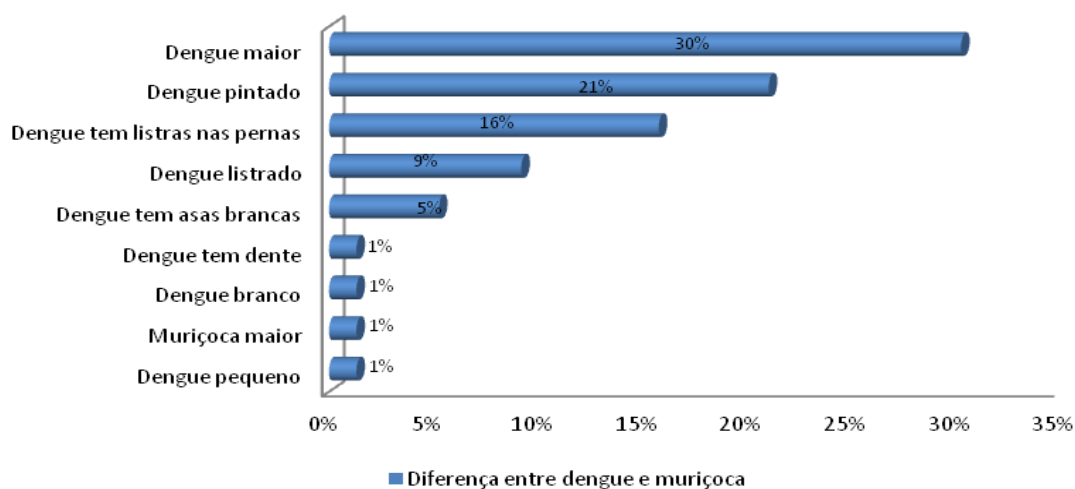
Os dados do gráfico II possivelmente são justificados, devido ao fato de as ações dos agentes de saúde serem, prioritariamente, centradas no vetor, como também pela maior frequência do tema nas campanhas contra a dengue, o que demonstra uma apropriação pelos moradores dos conteúdos gerais transmitidos,

como defende Santos et al. (2011). O que se constata em nosso estudo, é uma dificuldade de saber discernir, com precisão, qual é o mosquito da dengue.

Quanto à distinção entre dengue e muriçoca observa-se, no Gráfico III, que 30% dos entrevistados referiram que o mosquito da dengue é maior, 46% que é pintado ou possuem listras nas pernas ou é listrado, e 9% apontaram características que incluem o mosquito da dengue possuir asas brancas, dente, ser branco, pequeno, além de o mosquito da muriçoca ser maior.

A diferença da muriçoca e do *Aedes* está fundamentada, principalmente na literatura, delineando-o pelas listras nas pernas e um desenho em forma de lira no tórax. Assim, é como a maioria das pessoas consegue diferenciá-lo, como constatada no gráfico III, por grande parte de nossos sujeitos.

**Gráfico III – Distribuição das respostas (%) de moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia que afirmaram saber distinguir dengue e muriçoca, Itabuna-BA, 2013.**



Fonte: Autora.

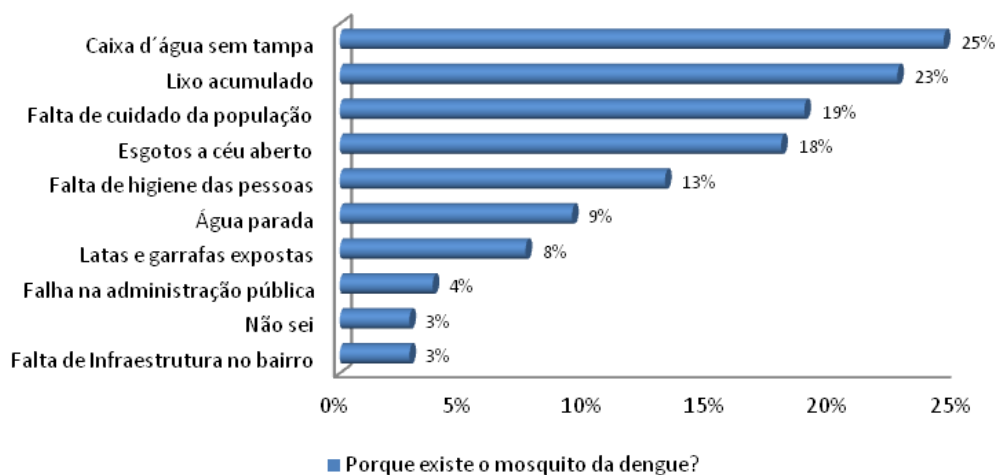
Quanto ao reconhecimento do vetor *Ae. Aegypti*, 48% referiram desconhecer suas características morfológicas, 30% o distinguem do *Culex quinquefasciatus* (muriçoca comum) pelo tamanho (o *Aedes* é maior que o *Culex*) e 37% por ter o *Aedes* pernas e tórax de aspecto listrado (faixas escuras e claras), sendo 18% diferenciaram com outras características.

De acordo com Consoli e Oliveira (1994), o *Ae. aegypti* na forma adulta possui cor enegrecida, com anéis brancos nas pernas, um desenho prateado em

forma de lira na parte dorsal do tórax e escamas branco-prateadas no corpo. Já o *Culex quinquefasciatus*, conhecido como muriçoca, possui uma coloração marrom e as pernas não possuem marcação clara, ambos possuem tamanhos iguais.

Os sujeitos da pesquisa foram também interrogados acerca das causas que apontariam para a existência da dengue em seus bairros e 48% atribuíram ao fato de a caixa d'água estar sem tampa e o lixo ficar acumulado, sendo 25% e 23%, respectivamente (Gráfico IV).

**Gráfico IV – Distribuição das causas apontadas pelos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia (%), quanto à existência do mosquito da dengue nos locais onde residem, Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

As respostas também sinalizam que há reconhecimento dos sujeitos da pesquisa quanto à responsabilidade da população nesse processo de promoção de saúde e prevenção da dengue (40%) quando pontuam a falta de cuidado da população (19%) e de higiene das pessoas (13%), além de deixarem latas e garrafas expostas (8%), como fatores que contribuem para a presença do mosquito da dengue nos bairros onde residem.

Ainda comentam ações de responsabilidade pública (34%) quando apontam presença de esgotos a céu aberto (18%), e de água parada (9%), associadas à falha na administração pública (4%) e falta de infraestrutura no bairro (3%).

O processo da urbanização, rápida e desordenada, associada a uma distribuição desequilibrada dos níveis de renda, conduz a uma proporção cada vez maior de pessoas vivendo em áreas onde o abastecimento de água, esgoto sanitário

e coleta de lixo são precários ou inexistentes, favorecendo a proliferação do *Aedes Aegypti* (CLARO et al., 2004). Com todos os determinantes em um território, a população fica diariamente exposta e, com isso, passa a identificar as causas do problema dengue que, no Brasil, tem seu controle almejado, desde a década 90.

Vale salientar, que o *Ae. Aegypti* usa como criadouros preferencialmente os recipientes artificiais, tanto os abandonados pelo homem a céu aberto e preenchidos pelas águas das chuvas, como também aqueles utilizados para armazenar água para uso doméstico. Esses criadouros são representados principalmente por pneus, latas, vidros, cacos de garrafa, pratos de vasos e xaxins e vasos de cemitério, no primeiro caso. Caixas d'água, tonéis, latões e cisternas destapadas ou mal tapadas, ou mesmo os lagos artificiais, piscinas e aquários abandonados correspondem aos criadouros mais, no segundo caso (OLIVEIRA, 2012).

Após classificar as causas da presença do mosquito da dengue em seus bairros, os sujeitos mencionaram que para controle da doença realizam ações que classificamos ser de caráter individual, como tampar os reservatórios de água (56%), não deixar água acumulada (42%), manter higiene no quintal (28%) e limpar os reservatórios de água (13%), não possuir plantas na residência (7%) e mudar a água do animal constantemente (3%), além da autorizar a colocação de remédio na água e uso de inseticida (1% cada). Mas, também incentivam os vizinhos para não deixarem água parada (1%), se traduzindo em atividade de cunho coletivo.

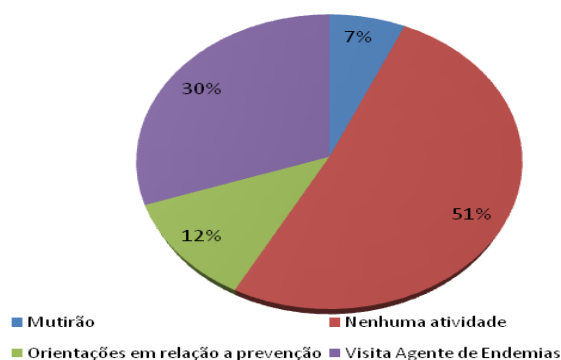
As medidas de prevenção para o controle do mosquito estão, na maioria das vezes, voltadas para o controle do vetor no domicílio e peridomicílio e, desta forma, estimula ações individuais da comunidade, supracitadas nos dados da presente pesquisa, de acordo com os sujeitos entrevistados. Desta forma, é possível que essa atitude seja o reflexo dos conteúdos das informações veiculadas nos meios de comunicação de massa e dos materiais utilizados nas campanhas de prevenção da dengue. Sabe-se que o foco das campanhas informativas é direcionado para o controle de criadouros do vetor e, no senso comum, prevenir a doença passou a ser entendido como prevenir-se do mosquito (SANTOS et al., 2011).

Outro ponto relevante, como enfatiza Santos et al. (2011), refere-se ao conjunto de conhecimentos sobre o vetor. Se deve, provavelmente, ao fato de as ações dos agentes de saúde estarem centradas no vetor e à maior frequência do tema nas campanhas contra a dengue, demonstrando uma apropriação dos conteúdos transmitidos, pelos moradores.

Após conhecer as causas apontadas como responsáveis pela presença do mosquito da dengue e as ações que os sujeitos implementam para controle da doença em seus bairros, foi indagado aos sujeitos o que a equipe de saúde tem feito para evitar a doença, e as respostas denotaram que receberam orientações gerais.

Nesse cenário, como demonstrado no Gráfico V, 51% dos sujeitos referiram não identificar quaisquer atividades e 30% afirmaram ter recebido visita do agente de endemias que conversaram sobre a dengue e o mosquito que a causa.

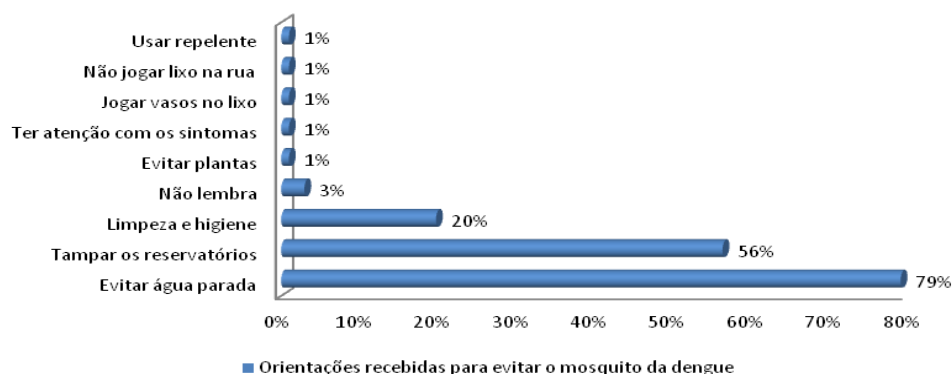
**Gráfico V – Distribuição das respostas dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia (%), quanto ao que a equipe de saúde tem realizado para evitar a dengue, Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

Quando perguntados se haviam recebido orientações de como prevenir a dengue, 102 (96%) referiram que sim e, no Gráfico VI, temos que a maioria relatou evitar água parada (79%), além de tampar os reservatórios (56%) e limpeza e higiene (20%).

**Gráfico VI – Distribuição das respostas dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia (%), quanto às orientações recebidas sobre a dengue, Itabuna/BA, 2013.**

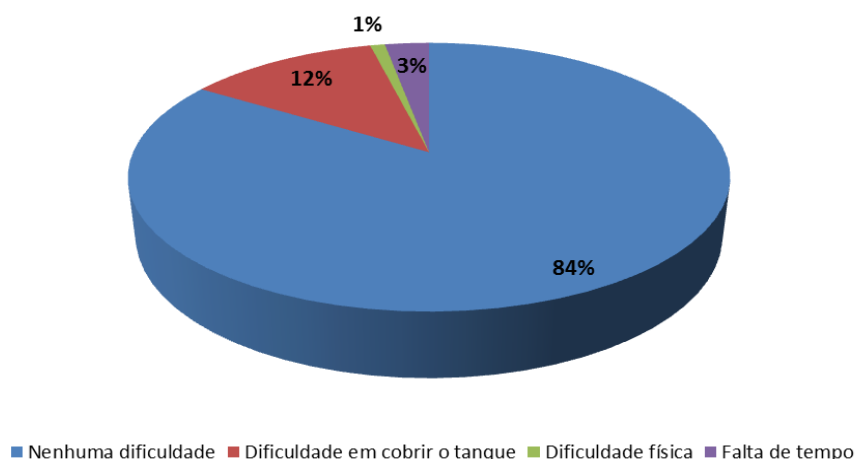


Fonte: Autora.

Outro ponto importante é que as comunidades estudadas relataram que 84% dos entrevistados não têm problemas em seguir as orientações recebidas, sendo que 12% apresentaram dificuldades para cobrir o tanque, demonstrando que quando a orientação é direcionada para o controle do vetor individualmente, as pessoas realizam de forma proativa o controle, ilustrado no gráfico VII.

Os sujeitos ainda sinalizam que não têm tempo (3%) e há dificuldade física (1%) para realizarem as ações de prevenção, contudo, os motivos assinalados nos parece constituírem-se em ausência de prioridade para resolver o problema, o que é lamentável, pois a saúde da população fica prejudicada sem o exercício dessas condutas e, nesses relatos, fica caracterizado o que está verbalizado por alguns entrevistados (Gráfico IV), quanto referem que a população tem contribuído para a continuidade da existência da dengue, bem como a dificuldade de seu controle.

**Gráfico VII – Distribuição das respostas dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia (%), quanto à dificuldade de realizar ações de prevenção da dengue, depois de recebidas, Itabuna/BA, 2013.**



**Fonte:** Autora.

Segundo o Ministério da Saúde (2009), o Programa Nacional de Controle da Dengue deve trabalhar a educação em saúde, voltada para a orientação e mobilização da comunidade em relação à prevenção de possíveis criadouros do *Aedes Aegypti*.

Autores como Tauil (2002) afirma que, muitas vezes, a comunidade recebe a informação correta da prevenção da dengue, mas suas práticas não são condizentes com o problema; fato também observado no presente estudo, que nos parece ser

devido à ausência de articulação das informações recebidas com a realidade que vivem.

As orientações recebidas em relação às medidas preventivas para o controle da dengue e seguidas pela comunidade foram 84% voltadas para limpeza e manter tanque fechado, 42% evitar água parada, 41% limpar os reservatórios e limpeza do quintal, e as demais ações 13% estão também relacionadas aos cuidados com a água (Gráfico VIII).

As respostas apontam que as ações são voltadas para a eliminação dos criadouros, sendo limitada e direcionadas a agirem de forma pontual e não observando a questão do controle de forma mais ampliada, mais contextualizada, como devem ser as intervenções de educação em saúde.

Os programas de controle da dengue, são voltados para passar informações sobre os criadouros e como evitar e eliminá-los, não estão focados em fornecer informações, afim de a comunidade problematizar a situação em seu território.

**Gráfico VIII – Distribuição das respostas dos moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha e Nova Califórnia (%), quanto às ações realizadas, após as orientações recebidas sobre a dengue, Itabuna/BA, 2013.**



**Fonte:** Autora.

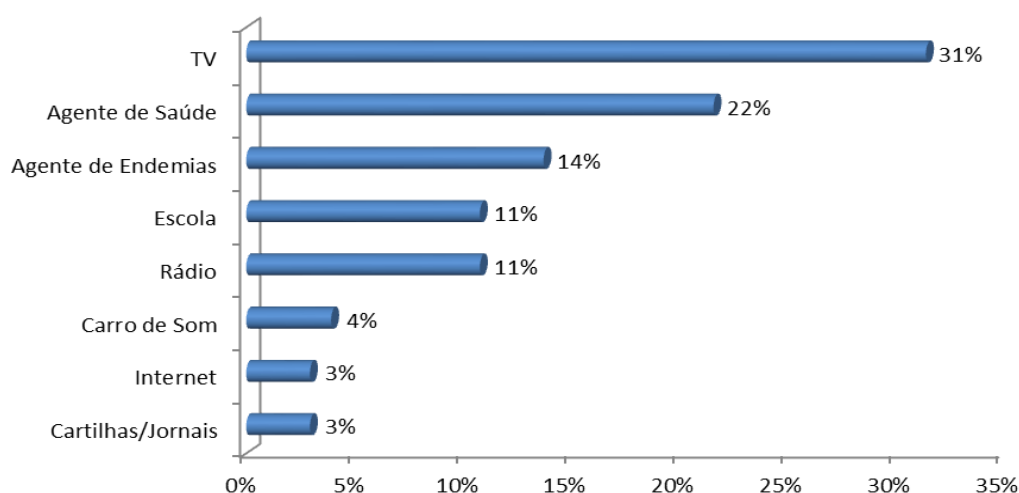
De acordo com Claro et al. (2004), a educação no controle da dengue caracteriza-se por possuir uma modelagem centralizada, vertical e unidirecional, orientadas pela visão de que informações e conhecimentos estão concentrados e devem ser difundidos, e de que a comunicação é uma questão de aperfeiçoamento de técnica de transmissão de mensagens e de adequação de linguagem.

Compartilhamos com Freire (1996) quando afirma que uma educação libertadora é feita por meio de uma relação dialógica e com inquietação e curiosidade. Para este educador, uma educação baseada no diálogo, no incentivo e valorização da autonomia e no respeito às experiências de cada um é fundamental para a assimilação, construção e/ou modificação de qualquer conhecimento ou prática.

Segundo Rangel (2008), para uma comunidade é possível que tais mensagens não tenham sido exatamente esquecidas ou mal interpretadas, mas que não tenham ganhado significado ou relevância naquele contexto social, por contradizerem os valores locais.

Os entrevistados que responderam terem recebido orientações sobre a dengue foram indagados sobre qual o meio por onde recebeu essa informação e constata-se que a televisão 32 (31%) e o agente de saúde 22 (22%), seguido do agente de endemias 14 (14%) e escola 11 (11%) foram os meios mais citados, de acordo com o Gráfico IX.

**Gráfico IX: Distribuição dos meios de comunicação onde foram recebidas orientações para o controle da dengue (%) e, segundo sujeitos entrevistados dos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

Ferramenta primordial na disseminação de informações relacionadas à dengue, a comunicação compreende as estratégias de ocupação dos espaços de mídia comercial, estatal e alternativa (como rádios comunitárias), bem como a



produção de material de acordo com o conhecimento, a linguagem e a realidade regionais. Essas ações devem ser articuladas com as estratégias de mobilização, garantindo a participação de todos os envolvidos na elaboração desses materiais.

De acordo com Rangel (2008), os conhecimentos sobre a doença e as informações sobre os procedimentos de controle e prevenção da dengue são repassados às comunidades por meio da mídia de massa e das atividades de comunicação e educação realizadas pelos profissionais de saúde, que fazem a intermediação entre serviço e usuário, utilizando seus discursos, valores e experiências.

Porém, autores como França, Abreu e Siqueira (2004) observaram que as mensagens sobre dengue são divulgadas, amplamente, via meios de comunicação massivos, e podem perder seu potencial informativo/educativo privilegiando informações de caráter de denúncia, sem aprofundar fatores determinantes da situação de saúde, contribuindo de forma mais intensa para a confusão e alarmismo reativo da população do que para assegurar o acesso às informações.

Ainda Rangel (2008) ressalta que se trata da comunicação e educação baseadas no modelo tradicional “emissor - canal - receptor”, frequentemente, realizadas com a eliminação das mediações socioculturais. Quando a cultura é considerada, ela tende a ser reduzida a uma questão de linguagem e com o objetivo de elevação do “grau” ou “nível” de conhecimento/participação da comunidade no controle do *A. aegypti* e, nesse sentido, tem como principal objetivo a redução do número de casos, além do desenvolvimento de atitudes e práticas saudáveis.

Algumas 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. Acredita-se que há necessidade de fomento ao movimento emancipatório, com reconhecimento de sua condição no ambiente vital.

Ao constatar que a população reconheceu a televisão como principal meio do qual recebeu informações, sabe-se que nessa dinâmica as ações educativas são reforçadas e condicionadas à limitação e ao individualismo, em detrimento do coletivo e do estímulo à mobilização social, como instrumento transformador da realidade. O que se evidencia é o reducionismo e não a ampliação de espaços de

discussão que permitam a aplicação das práticas e conceitos na realidade dos sujeitos.

Dos entrevistados, 90,56% relataram que não possui dificuldade em colocar em prática as orientações seguidas, os demais (9,44%) disseram que possuem alguma dificuldade, argumentando “pouco tempo, pois trabalho fora de casa” e “dificuldade financeira para cobrir o tanque”.

Lamentavelmente, é comum, em bairros populares e favelas, que o fornecimento de água ocorra apenas em alguns dias da semana, o que obriga, necessariamente, os moradores a reservarem água em recipientes domésticos o que, como esperado, os deixam vulneráveis à contaminação por diversos bioagentes, assim como à infestação por larvas de mosquitos.

O custo de se manter os recipientes tampados, particularmente quando se trata de caixas d'água, é alto e, para quem vive nessa situação de desconforto e improvisação, não parece ser, de fato, prioritário esse tipo de gasto (CLARO et al., 2004), pois as caixas d'água ficarem expostas, é comum nas favelas urbanas, devido à falta de recursos financeiros para adquirir ou repor tampas danificadas (CLARO et al., 2004).

Ao perguntar se o entrevistado acha que o produto usado para combater o mosquito utilizado na água, nos vasos e no fumacê, pode fazer mal à saúde humana 31 (29%) referiram acreditar que sim e 75 (71%) afirmaram que não.

Os sujeitos que acreditavam na nocividade do larvicida foram indagados porque tinham essa visão e pontuaram as respostas, expostas no Quadro 1.

**Quadro I- Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à nocividade do larvicida utilizado para combate ao mosquito da dengue (%) nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.**

<b>Respostas abertas</b>	<b>Quantidade</b>	<b>%</b>
Nocivo à saúde	06	14,3%
Muito odor	04	9,5%
Não sabe responder	03	7,1%
Dúvida quanto ao fabricante	01	2,4%
Cancerígeno	01	2,4%
Irrita a garganta	01	2,4%
Causa coceira no corpo	06	14,3%
Amarga a água	03	7,1%
Causa problema do intestino	03	7,1%
Causa queda no cabelo	03	7,1%
Muito forte	04	9,5%
Causa falta de ar	01	2,4%
Causa dor de Cabeça	01	2,4%
Causa gripe	01	2,4%
Causa alergia	03	7,1%
Produto químico	01	2,4%
<b>Total</b>		<b>100%</b>

**Fonte:** Autora.

Dentre as respostas dos entrevistados, 14,3% sujeitos relataram apresentar coceira no corpo, 14,3% não deixam colocar remédio na água porque acham que é nocivo à saúde e referem que se o produto mata o mosquito, imagina o homem, com o mesmo percentual.

Os resultados mostram que a população ainda desconhece informações básicas em relação à segurança dos produtos químicos utilizadas no PNCD, surgindo outro ponto relevante a ser problematizado nas ações educativas.

Os larvicidas utilizados no Brasil para o tratamento químico do mosquito da dengue possuem variados mecanismos de ação, porém os utilizados no município do estudo são os que agem inibindo a síntese de quitina nos insetos, interferindo na mudança do exoesqueleto e, conseqüentemente, provocando a morte das larvas.

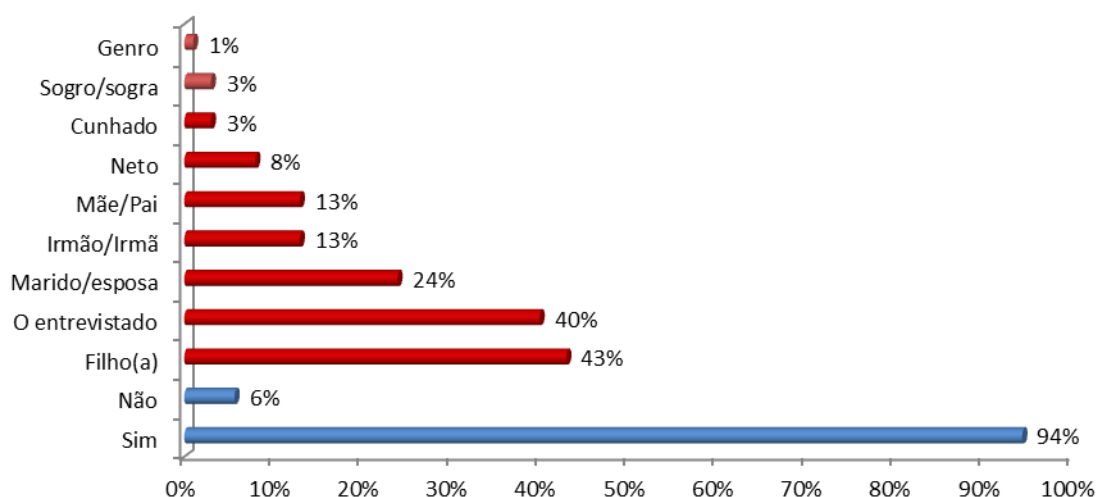
Segundo nota técnica 15/2009, do Ministério da Saúde, esses larvicidas podem ser utilizados em água para consumo humano e seu uso é seguro, tanto para a população quanto para o agente aplicador, mas recomenda o uso de equipamentos de proteção individual pelos profissionais que manipulam o produto diariamente.

Em relação aos sinais e sintomas de dengue, o conhecimento da população foi considerado bom, se avaliados sinais inespecíficos como a febre, cefaleia e mialgia. Segundo os entrevistados, quando questionados em relação aos sintomas da dengue, 42,45% relataram dor de cabeça, vômito, febre, dor no corpo e nos olhos e 28,3% febre, dor de cabeça e dor no corpo; 17,92% referiram dores de cabeça, febre e vômitos, sendo que 11,33% responderam outros sintomas.

Destaca-se que em 100% das respostas supracitadas, o sintoma febre esteve presente. Vale salientar, que sinais específicos como dor retrobátaria, também foi observada nas respostas, ratificando o conhecimento do quadro clínico da dengue, o que leva as pessoas a procurarem o serviço de saúde, mais precocemente.

Ao perguntar se o entrevistado ou alguém de sua família já teve dengue 100 (94%) sujeitos afirmaram positivamente, salientando que 43 (43%) filho (a)s foram os mais acometidos, seguido de 25 (35%) dos entrevistados, como ilustrado no Gráfico X.

**Gráfico X: Pessoas acometidas por dengue no domicílio dos entrevistados, segundo os moradores dos bairros Novo Horizonte, Sarinha, Nova Califórnia no município de Itabuna-BA, 2013.**

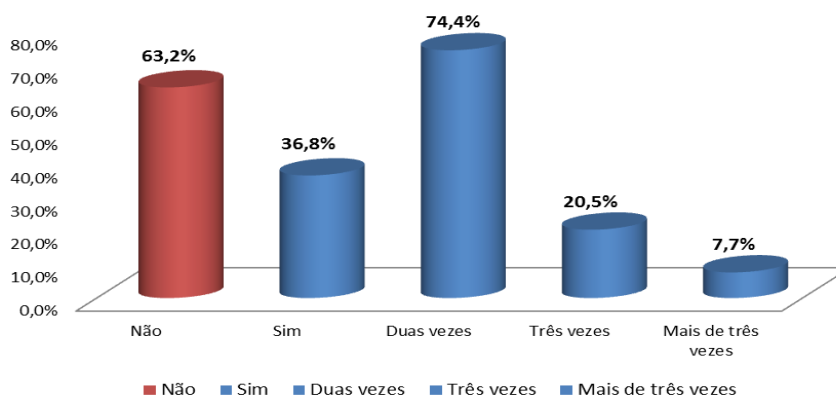


Fonte: **Autora.**

Em relação à quantidade de vezes que as pessoas relataram que tiveram dengue ou alguém da sua residência contraiu a doença constata-se que 74,4% já teve dengue por duas vezes, seguido de 20,5% que pontuaram três vezes; além de 7,7% mais de 3 vezes (Gráfico XI).

Os dados supracitados permitem-nos inferir que 100% dos entrevistados e ou familiares já possuem imunidade a um ou mais dos 04 vírus da dengue.

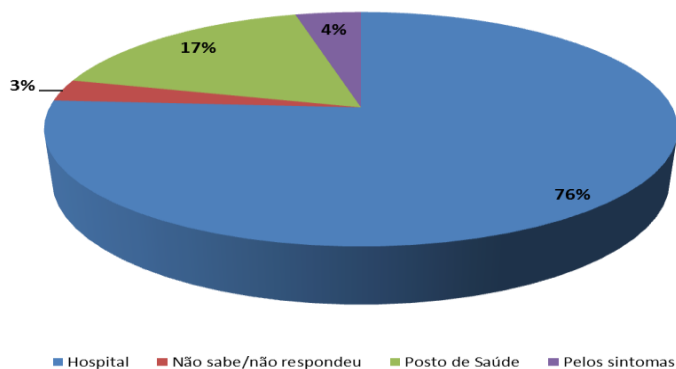
**Gráfico XI – Distribuição de sujeitos acometidos de dengue por domicílio (%), segundo moradores dos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

Dos sujeitos que tiveram a dengue, 76% relataram que procuraram o serviço hospitalar para saber o diagnóstico; 17% foram ao posto de saúde e 4% se auto diagnosticaram (Gráfico XII), demonstrando que mesmo a atenção básica sendo recomendada pelo Ministério da Saúde como porta de entrada para os atendimentos da dengue (BRASIL, 2009), os moradores dos bairros pesquisados preferiram atendimentos em hospitais que pertencem ao nível secundário, o que possivelmente indica dificuldades de acesso aos serviços oferecidos nas Unidades de Saúde destes bairros.

**Gráfico XII - Quantidade de acometidos de dengue por domicílio (%), segundo moradores dos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

Quando os moradores foram questionados se conheciam alguém que morreu acometido pela dengue 18% responderam que conheceram alguém que foi a óbito, referindo ser um “conhecido” da família, sem acréscimos de complicações da dengue ou ainda outros comentários.

O fato de os sujeitos desconhecerem quaisquer informações referentes às pessoas que morreram por dengue na amostra pode ser atribuído à ausência destas informações, pois há falta de interesse de governantes em divulgar esses tipos de dados, classificados como negativos, o que limita o acesso à informação da comunidade quanto ao que ocorreu com a pessoa.

Autores como Claro et al. (2004) afirmam que a população possui conhecimento em relação a doença dengue e sua etiologia, porém pouca compreensão dos riscos associados à doença, principalmente quanto à forma grave e sua evolução rápida para óbito. Demonstra que, muitas vezes, não associar dengue à morte e, sim, a doenças comuns, como viroses sem gravidade e, com isso, não valorizam os sinais de risco referentes à doença.

Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde (2010) mostram que a dengue possui uma alta letalidade no Brasil, acima de 5%, e sabe-se que a OMS admite no máximo 1%, o que constata a gravidade da doença.

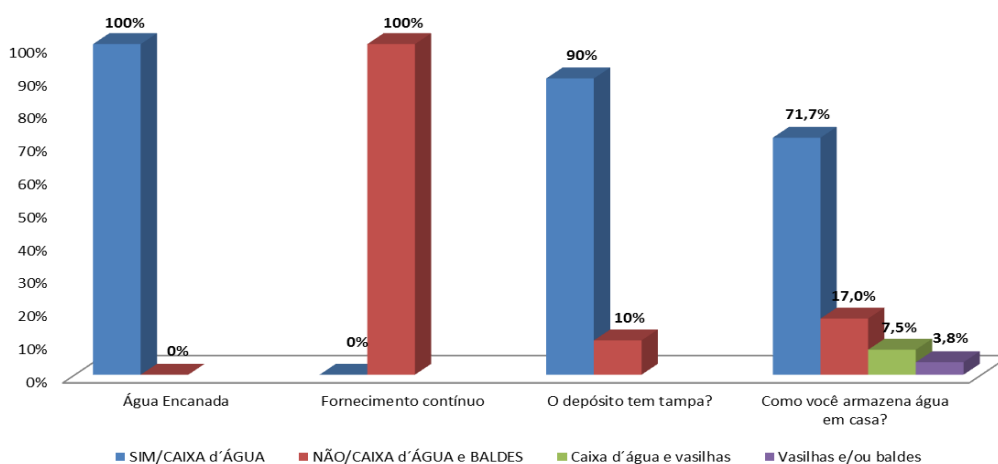
#### 4.3 SOBRE AS CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO

Quando os participantes da pesquisa foram questionados se possuíam água encanada no domicílio, 100% responderam sim, porém todos afirmaram que não há abastecimento contínuo de água.

O armazenamento de água no domicílio, segundo os entrevistados, é realizado por 71,7 % em tanques; 7,5% em tanques e vasilhas; 17% em tanque e baldes (Gráfico XIII). Tais depósitos, em apenas 95% relatos de sujeitos, possuem tampas.

Embora se constate o percentual de 5% de reservatórios sem tampas, esse dado é significativo para a ocorrência e manutenção da dengue, nos referidos bairros, pois segundo Ministério da Saúde (2009), os reservatórios tipo tanque e caixa d'água são os principais criadouros do *Aedes Aegypti* no Brasil, o que reforça a importância de uma vedação adequada nestes tipos de reservatórios.

**Gráfico XIII - Distribuição das respostas dos sujeitos quanto ao abastecimento de água e como ocorre o armazenamento no domicílio (%), nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova Califórnia, no município de Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

Em relação a possuir planta no domicílio, 87% relataram que não possuem, sendo que destes, 22% regam diariamente e 34% limpam o prato, ressalta-se que 44% sujeitos não souberam informar ou ainda referiram nunca limpar; fato que pode levar a criadouros pela falta de checagem e também limpeza dos possíveis reservatórios do mosquito da dengue.

Ainda como dado importante para o controle da dengue, os entrevistados foram interrogados se armazenavam recipientes em seus quintais, com 20% da amostra sinalizando positivamente, e destes, 20% tampam as garrafas, 70% deixam as garrafas de boca para baixo, e 10% cada, guardam as garrafas em local sem água ou as reservam em sacolas. Essa realidade de guardar as garrafas, embora não enfatizadas nos relatos dos sujeitos, é comum nas comunidades em estudo, pois armazenam a água – quando racionada - para preparo do alimento, por acreditarem que a água dos reservatórios que, por vezes possuem, estão com remédio e este faz mal à sua saúde.

Os hábitos urbanos da população proporcionam ao *Aedes aegypti* condições ideais para depositar seus ovos como, por exemplo, em garrafas, pneus e outros recipientes que podem acumular água limpa e parada. De acordo com Brasil (2009), os principais criadouros são os de materiais inservíveis como as embalagens plásticas, lixo doméstico, garrafas, latas, baldes, materiais de construção, pneus velhos e peças de carro. Assim, o armazenamento destes materiais no domicílio e

peridomicílio e também do lixo doméstico faz com que esses sejam criadouros eficientes para a manutenção do vetor da dengue.

No que se refere à coleta de lixo, 88% dos entrevistados referiram que o carro da limpeza pública recolhe (em 86% dos casos, diariamente) e 3% relataram que joga o lixo na rua, além de 7% desprezarem o lixo em terreno baldio e 2% não saberem informar.

O lixo produzido no domicílio é considerado criadouro efetivo e a população deve acondicioná-lo de forma a evitar o acúmulo de água limpa e parada, antes que seja recolhido pela rede pública, e conseqüentemente, evitam sua infestação pelo *Ae. Aegypti*. Autores como Campos (2003) abordam estas questões da produção indiscriminada de embalagens descartáveis e pneus, e também da inadequada coleta e destinos de lixo, e afirma que estes criadouros contribuem para a manutenção do vetor no ambiente. Esse dado é corroborado pelos achados deste estudo.

#### 4.4 SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS

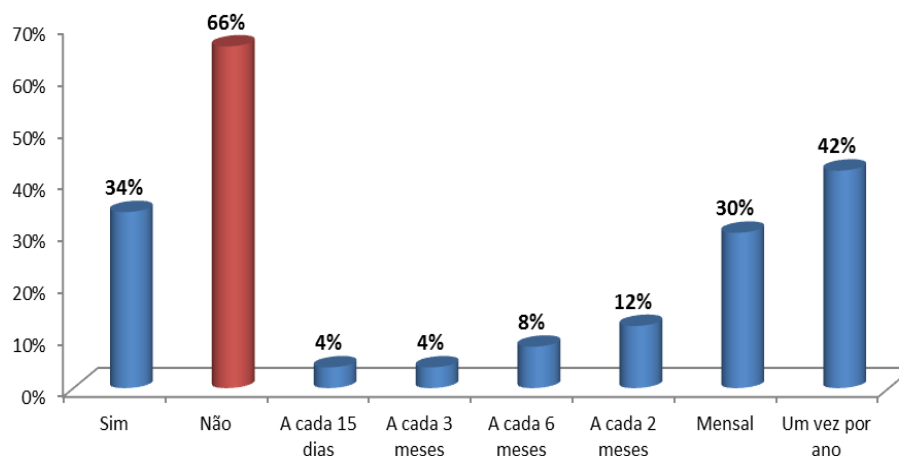
As atividades educativas fazem parte de um dos componentes que foram elencados como pilares do PNCD e, desta forma, segundo o Ministério da Saúde (2009), estas ações devem ser realizadas dentro do território em que os indivíduos vivem e, assim, valorizar as especificidades de cada comunidade. Nesta perspectiva, a equipe de saúde da família, passa a ser fundamental para estimular e orientar ações para o controle da dengue.

Neste estudo observou-se que 34% dos moradores dos bairros que integram a pesquisa responderam que as equipes de saúde realizaram atividades educativas com a temática dengue (sendo que 42% relataram que as ações ocorrem uma vez por ano e 30%, mensalmente), de acordo com o Gráfico XIV.

Cabe ainda comentar que apenas 4% dos sujeitos relataram que a equipe de saúde realiza ações educativas a cada 15 dias, atividades estas que, para sensibilização e posterior conscientização da população, deveriam ocorrer diariamente, em aproximações sucessivas, de forma a discutir as ocorrências locais, utilizando a problematização.



**Gráfico XIV - Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à realização de atividades educativas com a temática dengue pelas equipes de saúde (frequência), nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova California, no município de Itabuna/BA, 2013.**



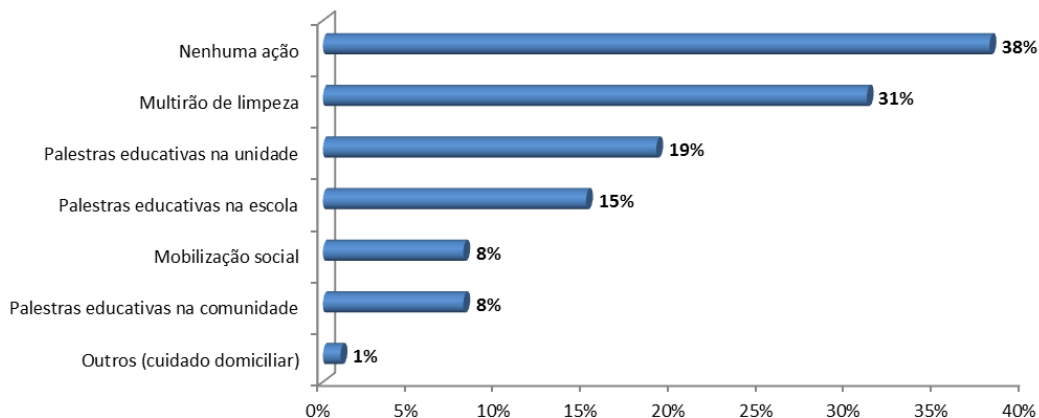
**Fonte:** Autora.

Os estudos de Claro et al. (2004) revelam que campanhas educativas pontuais nas comunidades têm se apresentado limitadas, reforçando que abordagens baseadas na participação comunitária e educação em saúde são mais valorizadas pela população. Enquanto as ações que acontecem, de forma fragmentada e descontextualizada da realidade, encontram-se na contramão da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde que, segundo a Portaria nº 198/GM de 2004, reafirma a necessidade de articulação dos serviços de saúde com a comunidade, possibilitando o enfrentamento criativo dos problemas e uma maior efetividade.

Ferreira (2006) sugere que deveria ser elaborado um planejamento das ações educativas para o controle da dengue no formato horizontal, com um aprofundamento do conhecimento das condições de vida e das prioridades da comunidade, valorizando a construção compartilhada de alternativas para prevenir a dengue.

No Gráfico XV constata-se que 38% dos sujeitos não participaram das atividades educativas promovidas pelas equipes, e que 31% fizeram parte de mutirões de limpeza, bem como 42% deles estiveram em palestras na Unidade, na escola e comunidade. Apenas 8% relataram estarem envolvidos em mobilização social.

**Gráfico XV - Distribuição das respostas dos sujeitos quanto à participação nas atividades educativas com a temática dengue ofertadas pelas equipes de saúde (%), nos bairros Novo horizonte, Sarinha e Nova California, no município de Itabuna/BA, 2013.**



Fonte: Autora.

As campanhas informativas que utilizam redes de televisão, rádios, jornais, folhetos, cartazes, palestras comunitárias buscando a colaboração da população para a eliminação dos focos de mosquitos têm demonstrado eficiência limitada (CLARO et al., 2004), pois não são trabalhadas de forma dialogada com a comunidade e, sim, na visão de transferência de informações. Utilizando essa metodologia no processo ensino-aprendizagem acabam não trabalhando as questões específicas de cada território, o que impede a comunidade de expressar suas necessidades e sugerir ações para minimizar o problema da dengue reproduzindo, apenas, ações individuais e não valorizando a mobilização da coletividade, como constatado também no presente estudo.

No estudo observou-se, como um dos resultados, a participação significativa da amostra em mutirões (31%), possivelmente pela população sentir-se atuante, exercendo sua cidadania, contudo, estudos como o de Santos et al. (1999) reforçam a participação efetiva da comunidade em mutirões, mas enfatizam que de forma isolada não traz benefícios, devendo acontecer de forma articulada com outras ações.

O que se constatou no estudo foi a dificuldade da equipe de saúde da família em realizar as ações educativas sobre a dengue considerando o território e a população, onde ocorreu a epidemia, associando-se a esse fator a ausência de autonomia da população deste cenário que são carentes de ações efetivas no processo saúde-doença, que não exerce sua cidadania, não exigem seus direitos

por infraestrutura adequada nos bairros e educação emancipatória, condições que podem contribuir para se habilitarem a identificar e atuar sobre as variáveis que levam à ocorrência de problemas de saúde, em especial, à dengue.

## 5. CONSIDERAÇÕES E CONCLUSÃO

### 5.1 CONSIDERAÇÕES

Após a análise e discussão dos dados de identificação dos sujeitos do estudo foi possível concluir que:

- A amostra constituiu-se de 106 indivíduos, com idades entre 19 e 83 anos, sendo 90,6% do sexo feminino e 9,4% masculino. A idade média dos entrevistados foi de 40 anos, com desvio padrão de 14,09 anos;
- A maioria dos sujeitos possui ensino médio incompleto (44,4%), seguido de 25,4% com ensino médio completo, ressaltando que 7,5% são analfabetos;
- A renda média das famílias tem valor predominando até um salário mínimo em 52,9% da amostra, 39,6% entre 1 a 3 salários, entretanto, 7,5% recebem de 3 a 6 salários, e se constata que quanto maior o nível de escolaridade do sujeito, maior o ganho familiar;
- A maioria dos sujeitos (77,4%), independente da renda familiar, tem até três filhos, sendo que 2,8% possuem 8 ou mais filhos. Ainda verifica-se que quanto maior a renda familiar, menor o número de filhos.

Quanto aos conhecimentos sobre a dengue e o vetor constatou-se que:

- Na amostra, 88% sujeitos afirmaram saber o que é dengue e 98% da amostra relataram saber como evitar a doença, entretanto, apenas 52% dos entrevistados sabem distinguir uma muriçoca do mosquito da dengue;
- Ao distinguirem o mosquito da dengue da muriçoca, 30% dos entrevistados referiram que o mosquito da dengue é maior, 46% relataram ser pintado ou possuírem listras nas pernas ou é listrado, e que a muriçoca é maior;
- Considerando a morfologia do vetor *Ae. Aegypti*, 48% referiu desconhecer essas características, 30% distinguem do *Culex quinquefasciatus* (muriçoca comum) pelo tamanho (o *Aedes* é maior que o *Culex*) e 37% da amostra referem que o *Aedes* tem pernas e tórax de aspecto listrado (faixas escuras e claras);

- Quanto às causas que apontariam para a existência da dengue em seus bairros 48% atribuíram ao fato de a caixa d'água estar sem tampa e o lixo ficar acumulado, sendo 25% e 23%, respectivamente;
- Para o controle da doença os sujeitos do estudo afirmaram realizar ações que foram classificadas como de caráter individual e coletivo. No primeiro grupo incluímos tampar os reservatórios de água (56%), não deixar água acumulada (42%), manter higiene no quintal (28%) e limpar os reservatórios de água (13%), entre outros. No segundo grupo, com discreto percentual (1%), os sujeitos incentivam os vizinhos para não deixar água;
- A equipe de saúde tem feito orientações gerais para evitar a doença, sendo 30% nas visitas do agente de endemias, contudo, 51% dos sujeitos referiram não identificar quaisquer atividades educativas advindas da equipe de Saúde da Família;
- As orientações de como prevenir a dengue foi confirmada por 96% dos sujeitos, com a maioria relatando evitar água parada (79%), além de tampar os reservatórios (56%), bem como limpeza e higiene (20%); sendo que 84% dos entrevistados disseram ter problemas para seguir as orientações recebidas;
- As orientações recebidas em relação às medidas preventivas para o controle da dengue e seguidas pela comunidade foram 84% voltadas para limpeza e manter tanque fechado, 42% evitar água parada, 41% limpar os reservatórios e limpeza do quintal; demonstrando que as ações são voltadas para a eliminação dos criadouros privando a comunidade de problematizar a situação em seu território;
- Entre os meios de comunicação por onde os sujeitos receberam orientações sobre a dengue, a televisão (31%) foi o mais citado, seguido do agente de saúde (22%); sendo que 90,56% sujeitos relataram que não possuem dificuldades em colocar em prática as orientações;
- Os sujeitos (29%) referiram acreditar que o produto usado para combater o mosquito utilizado na água, nos vasos e no fumacê, pode fazer mal à saúde, pontuando acreditarem na nocividade do larvicida,

pois 14,3% relataram apresentar coceira no corpo ao ter contato com o remédio, após ter ingerido a água;

- Em relação aos sinais e sintomas de dengue, o conhecimento da população foi considerado bom. A febre esteve presente em 100% dos relatos, 42,45% citaram dor de cabeça, vômito, febre, dor no corpo e nos olhos e 28,3% febre, dor de cabeça e dor no corpo; entre outros sintomas;
- A dengue acometeu 94% dos sujeitos, sendo 43% filho(a)s, seguidos de 35% dos próprios entrevistados; e nas residências 74,4% dos sujeitos já tiveram dengue por duas vezes, seguidos de 20,5% que pontuaram três vezes; além de 7,7% mais de 3 vezes. Destes, 76% relataram que procuraram o serviço hospitalar para saber o diagnóstico, denunciando que a atenção básica, embora seja porta de entrada da comunidade para todas as questões relativas à saúde, têm procurado a secundária;
- Na amostra, 18% dos sujeitos responderam que conheceram alguém que foi a óbito devido à dengue, sem comentários adicionais acerca do que ocorreu com o indivíduo;

Após discutir e analisar os resultados sobre as condições de habitação dos sujeitos envolvidos na pesquisa, conclui-se que:

- Todos os participantes da pesquisa possuíam água encanada no domicílio, entretanto, 100% afirmaram que não há abastecimento contínuo de água que, tem seu armazenamento no domicílio, em tanques (71,7% dos casos); 7,5% em tanques e vasilhas; 17% em tanque e baldes, sendo que 5% dos sujeitos relataram que esses depósitos não possuem tampas;
- Apenas 22% dos sujeitos regam diariamente as plantas e 34% limpam o prato, mas 44% dos sujeitos não souberam informar ou ainda referiram nunca limpar;
- 20% da amostra sinalizou que armazenavam recipientes em seus quintais, e 100% deles tomam condutas para evitar o criadouro, com 20% sujeitos tampando as garrafas, 70% deixam as garrafas de boca

para baixo, e 10% cada, guardam as garrafas em local sem água ou as guardam em sacolas;

- Quanto à coleta de lixo, 88% dos entrevistados referiram que a coleta pública ocorre em 86% dos casos, diariamente, e 3% relataram que joga na rua o lixo, além de 7% desprezarem o lixo em terreno baldio e 2% não saberem informar;
- As equipes de saúde realizaram atividades educativas sobre a dengue para 34% dos moradores dos bairros que integraram a pesquisa, sendo que 42% relataram que as ações ocorrem uma vez por ano e 30%, mensalmente, atividades estas que, para sensibilização e posterior conscientização da população, deveriam ocorrer diariamente, em aproximações sucessivas, a partir de temáticas cotidianas;
- Os sujeitos, em sua maioria (73%), participaram das atividades educativas promovidas pelas equipes de saúde fazendo parte de mutirões de limpeza (31%) e de palestras na Unidade, na escola e comunidade (42%), mas apenas 8% relataram estarem envolvidos em mobilização social.

As ações preventivas para o controle da dengue, identificadas pelos sujeitos que foram acometidos por dengue dos bairros em estudo, no município de Itabuna-BA revelam ausência de visão ampliada para o problema de saúde pública, dengue, uma vez que estão focadas nos criadouros e em atividades individuais no domicílio e no peridomicílio o que não estimula a coletividade, tornando estas ações repetitivas e isoladas e, desta forma, a população não percebe o resultado contextualizado e efetivo no seu cenário local, não identificando a importância de reuniões, debates, mutirões e parcerias com igrejas, escolas e outras instituições formais e informais, a fim de criar movimentos emancipatórios no controle e prevenção da dengue e outras doenças.

As ações educativas desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família e a população nos 03 bairros de maiores índices de infestação foram pontuais e utilizaram ações de transferência de informações, sem dialogar com a comunidade que vive naquele território, não levando em consideração as especificidades locais, não seguindo as diretrizes norteadores do Programa de Saúde da Família e da Política Nacional de Educação em Saúde que recomenda a construção coletiva e o atendimento às necessidades de cada comunidade.

Os sujeitos dos 03 bairros de maiores índices de infestação classificaram os recursos metodológicos utilizados pelas equipes de saúde da família e a população, por ocasião da aplicação das ações preventivas e/ou educativas, como insuficientes, não adequados para aquela população, uma vez que houve participação inexpressiva nas atividades propostas.

A participação da população nas ações de combate ao *Aedes aegypti* tem sido apontada como uma das vertentes para o programa de controle de dengue, e conhecer como a população se comporta em relação à doença e o que pensam sobre seus pares, enquanto cidadãos que compõem uma sociedade, com direitos e deveres é fundamental para a elaboração de estratégias que devem se fundamentar no reconhecimento do *locus* onde ocorre a dengue, considerando os determinantes biológicos, sociais, culturais e ambientais existentes no contexto.

No estudo, a amostra apresentou-se carente de conhecimentos sobre a dengue, o vetor e, principalmente, sobre os riscos da gravidade da doença, embora estas comunidades sejam acompanhadas pelas Equipes de Saúde da Família, que desenvolvem seu trabalho utilizando metodologias que não valorizam o diálogo entre os profissionais da saúde e o território, priorizando informações que parecem-nos não ter influência no momento da mudança de atitudes dos cidadãos em relação ao controle e prevenção da doença na coletividade.

## 5.2 CONCLUSÃO

Constatou-se, portanto, pela vivência e aplicação da pesquisa, que a dengue continua sendo um relevante problema de saúde pública no Brasil, pois mesmo em nossa sociedade moderna, com todo avanço tecnológico e científico, ainda nos deparamos com epidemias com altas taxas de ataque e uma elevada letalidade pela doença. Nesse cenário, o vetor convive entre as populações urbanas e o risco iminente de adoecimento é frequente, com as medidas de prevenção se traduzindo em instrumento fundamental para minimizar a proliferação da doença.

Com os resultados do presente estudo, defende-se que a mobilização da comunidade deve acontecer de forma coletiva, que as ações individuais devem interferir de forma micro nos domicílios, mas necessitam extrapolar este espaço, a fim de estimular ações de forma macro nos territórios, bairros e cidades, e que as equipes de profissionais da saúde que atuam nestes locais envolvam, os indivíduos



para que se sensibilizem, se percebam co-responsáveis pelo seu adoecimento e, com isso, construam/experimentem espaços dialógicos que possam culminar em planejamento de ações educativas de prevenção à dengue, que valorizem os hábitos cotidianos das pessoas e coletividade, e assim, tornem-se protagonistas conscientes dos seus direitos e deveres e se mobilizem para melhorar o ambiente que vivem.

Ainda há que se ressaltar que a intersetorialidade é outro ponto que a equipe de saúde precisa utilizar em seu cotidiano de trabalho, pois sem a articulação de outros setores, torna-se inviável a resolução das questões que determinam a dengue na comunidade.

O presente estudo mostrou algumas limitações como a questão da memória das pessoas entrevistadas, pois quando se trata da percepção da população essa se refere mais comumente à memória recente. Nesse sentido, o desafio nessa pesquisa, realizada um ano após o evento, foi aproximar os tempos, relacionando a informação atual com os dados secundários.

O estudo não esgota o tema, mas, sim, abre caminhos para reflexões relativas às ações educativas ofertadas para a prevenção da dengue em Itabuna/BA e como a população tem se comportado nesse ato. Assim, é campo fértil para realização de mais pesquisas, buscando aprofundamento da realidade observada, priorizando suas subjetividades e determinantes sociais que interferem na postura dos indivíduos e coletividade, no papel de morador e profissional, na visão e com empoderamento de quem pode desconstruir e reconstruir seu modo de viver o processo saúde-doença, em especial, a questão da dengue.

## REFERÊNCIAS

BAHIA. Secretaria do Planejamento. **Territórios de Identidade**. Disponível em: <http://www.seplan.ba.gov.br/territorios-de-identidade>. Acesso em março de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância à Saúde. **Nota Técnica nº 015/2009**, em 14 de Janeiro de 2009. Nota técnica do Diflubenzurom. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download...web>. Acesso em 24 de maio de 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 648, em 28 de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648\\_20060328.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prtGM648_20060328.pdf). Acesso em 13 de julho de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 198**, de 13 de fevereiro de 2004. Institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde como estratégia do Sistema Único de Saúde para a formação e o desenvolvimento de trabalhadores para o setor e dá outras providências. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-198.htm>. Acesso em 13 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 44**, em 03 de janeiro de 2002. Definir as atribuições do Agente Comunitário de Saúde (ACS) na prevenção e no controle da malária e da dengue. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044\\_03\\_01\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0044_03_01_2002.html). Acesso em 02 de março de 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Situação Epidemiológica da Dengue. **Boletim Epidemiológico da dengue** - semanas 01 a 52 de 2009. Disponível em: [http://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=836&Itemid=](http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=836&Itemid=). Aceso em 01 de novembro de 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico – adulto e criança**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Diretoria Técnica de Gestão. 4. ed. Brasília, 2011.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Dengue: inovação da abordagem e da gestão em pesquisa à saúde. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 6, dez 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Fundação Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRAGA, I. A. V. D. *Aedes Aegypti*: histórico do Controle no Brasil. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2 Brasília, junho, 2007. Disponível em: <[http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000200006&script=sci\\_arttext](http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S167949742007000200006&script=sci_arttext)>. Acesso em 05 de maio de 2012.

BUENO, S. M. V. **Educação preventiva em sexualidade, DST - aids e drogas nas escolas-pesquisa-ação e o compromisso social**. 2001. 263p. Tese (Livre Docência), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

\_\_\_\_\_. **Semântica do sinônimo de saúde/doença**. 1993. 150p. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, 2003.

CERVO, A. L.; BERVIAN, A.; SILVA, R. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007. 162p.

CHIARAVALLOTI, N. F. Conhecimentos da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle em São José do Rio Preto. **Caderno de Saúde Pública**, São Paulo, v.13, n. 4 , p. 47-53, 1997.

COSTA, P. A. D. **Dengue**: uma análise socioambiental da área urbana do município de Itabuna, Bahia. 2012. 80f. Dissertação (Mestrado em Meio Ambiente), Universidade Estadual de Santa Cruz/ESC/PRODEMA, Ilhéus, Bahia, 2012.

CONSOLI, R. A. G. B.; OLIVEIRA, R. L. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil [online]**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994. 228p. Disponível em <<http://books.scielo.org>>. Acesso em 21 de maio de 2014.

CLARO, L. B. L et al. Prevenção e Controle da Dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 20, v. 06, nov-dez 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/02.pdf>. Acesso em 25 de maio de 2013.

CASTRO, J. N. C. **Aspectos Viroológicos do Dengue no Estado do Amazonas**. 2004. 57p. Dissertação (Mestrado em Doenças Tropicais e Infecciosas), Universidade do Estado do Amazonas, Manaus, 2004.

FERREIRA, B. J. et al. Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil. **Ciências & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, maio/junho, 2009. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300032&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300032&script=sci_abstract&tlng=pt)>.

Acesso em 05 de maio de 2012.

\_\_\_\_\_. **Educação Em Saúde No Controle Da Dengue No Brasil, 1988 a 2004**: reflexões sobre a produção científica. 2006. 122p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Departamento de Endemias Samuel Pessoa, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Ministério da Saúde, 2006.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1334-1341, set out, 2004.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

GIORDANI, A. T. **Violência sexual e vulnerabilidade às IST - AIDS** em mulheres detentas. 2003. 551p. Tese (Doutorado em Educação), Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo/USP, Ribeirão Preto, 2003.

GULBLER, D. J. **Dengue and Dengue Hemorrhagic fever**: its history and resurgence as a global public health problem. In: GULBLER, D. J.; KUNO, G. **Dengue and dengue hemorrhagic fever**. Editora CAB International, 1997.

IBGE, INSTITUTO BRASILEIRO DE GEORAFIA E ESTATISTICA -. **Síntese de Indicadores Sociais**: uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, Rio de Janeiro, n. 27, 2010.

IPEA, INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA et al. **Retrato das desigualdades** - de gênero e raça. 4. ed. Brasília: Ipea, 2011. 39p.

ITABUNA (BA). Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna/BA. Departamento de Vigilância à Saúde. **Plano Municipal de Contingência para Situações de Epidemia da Dengue**. Itabuna, 2013A.

\_\_\_\_\_. Diretoria de Atenção Básica. Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna/BA. **Sistema de informação de Atenção Básica-SIAB**. Itabuna, 2013B.

\_\_\_\_\_.Diretoria de Vigilância a Saúde. Secretaria Municipal de Saúde de Itabuna/BA. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN**. Itabuna, 2013C.

\_\_\_\_\_.Prefeitura Municipal de Itabuna. **Anuário Estatístico de Itabuna 2011**: ano base 2010/ Prefeitura Municipal de Itabuna. Secretaria de Planejamento e Tecnologia. – Itabuna, BA: PMI/UESC, 2012. 204p.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 11. ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 79p.

NEVES, J. L. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisas em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 2. sem., 1996.

NONATO, F. J. A. P.; PEREIRA, R. H. M.; NASCIMENTO, P. A. M. M.; ARAÚJO, T. C. O Perfil da força de trabalho brasileira: trajetórias e perspectivas. **IPEA - mercado de trabalho**, v. 51, p. 29-51, mai 2012.

OLIVEIRA, G. L. A. **Prevenção e controle da dengue no município de Sabará/MG**: análise de materiais educativos impressos e das representações sociais de agentes de controle de endemias. 2012. 200p. Dissertação (Mestrado em Ciências) Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde do Centro de Pesquisas René Rachou, Belo Horizonte, 2012.

POLIT, D.; HUNGLER, B. Pesquisa e análise qualitativa. In: **Fundamentos da pesquisa em Enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 269-288.

RANGEL, M. L. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface - comunicação saúde educação**, Botucatu-SP, v. 12, n. 25, p. 433-441, abr./jun. 2008.

ROUQUAYROL, M.Z; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia & Saúde**. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

SANTA CATARINA (Estado). Sistema Único De Saúde. Secretaria De Estado Da Saúde Superintendência De Vigilância Em Saúde. Diretoria De Vigilância Epidemiológica. Gerência De Vigilância De Zoonoses E Entomologia. **Guia de orientação para treinamento de técnicos de laboratório de Entomologia**. Santa Catarina: Diretoria de Vigilância Epidemiológica, 2008.

SANTOS, S. L. **Avaliação das ações de controle da dengue**: aspectos críticos e percepção da população. 2003. 132 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Ageu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2003.

SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1319-1330, 2011.

SILVA, S. S. **Resgatando conflitos relativos à sexualidade dos clientes portadores de coronariopatias**. 2007. 151 p. Tese (Doutorado em Enfermagem), Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Ribeirão Preto, 2007.

SOUZA, L. J. **Dengue: Diagnóstico, Tratamento e Prevenção**. 2. ed. Rio de Janeiro: Rubio, 2008.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L. **Estudos Avançados**. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340142008000300005&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010340142008000300005&script=sci_arttext). Acesso em 17 de outubro de 2012.

TEIXEIRA, M. G. et al. **Informe Epidemiológico do SUS**: Epidemiologia e Medidas de Prevenção do Dengue, Brasília, v. 8, n. 4, out/dez 1999. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/iesus/v8n4/v8n4a02.pdf>> Acesso em 17 de outubro de 2012.

TAUIL, P. L. Dengue: por que esta doença desafia a Saúde Pública. **Anais do VIII Congresso Brasileiro de Epidemiologia**, São Paulo, 2011.

\_\_\_\_\_. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 867-871, mai-jun 2002.

TRIOLA, M. F. **Introdução à Estatística**. 10. ed. Rio de Janeiro: LCT, 2008.

TRIVIÑOS, A. N. S.; KOPS, D. A. A revisão da literatura nas teses de mestrado: prospectiva. **Revista de Orientação Educacional**, Porto Alegre, v. 1, n. 9, p. 46-51, out. 1991.

WHO, WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Dengue net**. Disponível em: <http://www.who.int/globalatlas/DataQuery/default.asp>. Acesso em: 01 out. 2013.

## APÊNDICE 1

### CONTEÚDO DO TREINAMENTO PARA OS ALUNOS QUE AJUDARÃO NA ENTREVISTA

A intervenção educativa contemplará no primeiro momento a exposição dialogada do projeto, objetivos da pesquisa e metodologia.

Na segunda etapa ocorrerá a explanação dos principais pontos e conceitos sobre a temática dengue, de relevância para a pesquisa, sendo utilizadas como referências as Diretrizes Nacionais para o Controle da Dengue de 2009 e o Manual do Manejo Clínico da Dengue Adulto e Criança do ano de 2011.

Em seguida, explanaremos detalhadamente o instrumento (ANEXO A) de Santos (2003) para a coleta de dados, adaptado às necessidades do presente estudo, que contempla na primeira parte o levantamento dos dados de identificação, a segunda aborda o conhecimento sobre a dengue e o vetor, a terceira inclui as condições de habitação e, na última etapa, elegem-se as ações educativas desenvolvidas na comunidade.

No terceiro momento, será contemplado o conteúdo teórico-prático exemplificando a abordagem prática na comunidade com vistas à aplicação do instrumento, fase que será desenvolvida na sala de espera da Unidade de Saúde da Família de um dos bairros, por meio da aplicação do instrumento de pesquisa, utilizando-se de escolha aleatória desta Unidade. O pesquisador será observador passivo desta abordagem e após a aplicação do instrumento esse pesquisador, abordará os pontos relevantes da prática, abrindo as discussões sobre as dúvidas e dificuldades enfrentadas na aplicação do instrumento pelos pesquisadores assistentes na pesquisa.

## APÊNDICE 2

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma. Sra Larissa Menezes Pimentel  
Diretora da Vigilância em Saúde

Eu, Itana Miranda dos Santos, enfermeira e portadora do RG n. 0748146997, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, nesse ano corrente; pesquisadora do projeto de Mestrado tenho a intenção de realizar a investigação intitulada Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna sob a Ótica da População, orientada pela Professora Doutora Silvia Sidnéia da Silva, cujos sujeitos da pesquisa propomos ser os moradores dos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte acompanhados pela equipe de saúde da família e pelo programa de agentes comunitários de saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de quatro bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna-BA.

O nome dos pesquisados não serão utilizados em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato. Não será cobrado qualquer valor; não haverá gastos e nem riscos na participação neste estudo; não estão previstos ressarcimento ou indenizações; não haverá benefícios imediatos na participação dos mesmos. Os resultados contribuirão para realizar atividades de educação em saúde mais efetivas no sentido de promover saúde e evitar a dengue.

Gostaríamos de deixar claro que a participação destes indivíduos é voluntária e que poderão recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir.

A pesquisa será realizada nos bairros Nova Califórnia, Fonseca, Sarinha e Novo Horizonte, no município de Itabuna/BA e, em caso de dúvida(as) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderão entrar em contato com o pesquisadora Sra. Itana Miranda dos Santos, através do telefone (73) 9191-1465.



Os sujeitos terão os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação no estudo, esclarecidos pela pesquisadora, e somente participarão após a assinatura do termo de consentimento.

x

---

(Orientadora- Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva/SP)  
RG: 20907158  
CPF: 14442727805  
Telefone: (16) 91390493

x

---

(Pesquisadora – Itana Miranda dos Santos BA)  
RG n. 0748146997  
CPF: 88309509553  
Telefone: (73) 91911465

Itabuna, 10 de maio de 2013.

## APÊNDICE 3

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sr. Renan Oliveira de Araújo.  
Secretário de Saúde de Itabuna/BA

Eu, Itana Miranda dos Santos, enfermeira e portadora do RG n. 0748146997, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, nesse ano corrente; pesquisadora do projeto de Mestrado, tenho a intenção de realizar a investigação intitulada Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna sob a Ótica da População, orientada pela Professora Doutora Silvia Sidnéia da Silva, cujos sujeitos da pesquisa propomos ser os moradores dos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte acompanhados pela equipe de saúde da família e pelo programa de agentes comunitários de saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de quatro bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna-BA.

O nome dos pesquisados não serão utilizados em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato. Não será cobrado qualquer valor; não haverá gastos e nem riscos na participação neste estudo; não estão previstos ressarcimento ou indenizações; não haverá benefícios imediatos na participação dos mesmos. Os resultados contribuirão para realizar atividades de educação em saúde mais efetivas no sentido de promover saúde e evitar a dengue.

Gostaríamos de deixar claro que a participação destes indivíduos é voluntária e que poderão recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir.

A pesquisa será realizada nos bairros Nova Califórnia, Fonseca, Sarinha e Novo Horizonte, e, em caso de dúvida(as) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderão entrar em contato com o pesquisadora Sra. Itana Miranda dos Santos, através do telefone (73) 91911465.

Os sujeitos terão os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação no estudo, esclarecidos pela pesquisadora, e somente participarão após a assinatura do termo de consentimento.

x

---

(Orientadora- Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva/SP)  
RG: 20907158  
CPF: 14442727805  
Telefone: (16) 91390493

x

---

(Pesquisadora – Itana Miranda dos Santos /BA)  
RG n. 0748146997,  
CPF: 88309509553  
Telefone: (73) 91911465

Itabuna, 10 de maio de 2013.

## APÊNDICE 4

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Pesquisador(es):** Itana Miranda dos Santos

**Orientador(es):** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Sidnéia da Silva

**Título da Pesquisa:** Avaliação das ações de controle da dengue: aspectos epidemiológicos e percepção da população

**Nome do participante:**.....

Caro participante:

Gostaríamos de convidá-lo a participar como voluntário da pesquisa intitulada Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna sob a Ótica da População, que refere-se a uma pesquisa de Mestrado da pesquisadora Sra. Itana Miranda dos Santos, que pertence ao Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP.

O objetivo deste estudo é avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de quatro bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna-BA.

Seu nome não será utilizado em qualquer fase da pesquisa, o que garante seu anonimato. Não será cobrado nada; não haverá gastos e nem riscos na sua participação neste estudo; não estão previstos ressarcimentos ou indenizações; não haverá benefícios imediatos na sua participação. Os resultados contribuirão para realizar atividades de educação em saúde mais efetivas no sentido de promover saúde e evitar a dengue.

Gostaríamos também de deixar claro que sua participação é voluntária e que poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir. Desde já agradecemos sua atenção e participação e colocamo-nos à disposição para maiores informações.

Em caso de dúvida(as) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa você poderá entrar em contato com o pesquisadora Sra. Itana Miranda dos Santos (73) 9191-1465, ou ainda no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Ribeirão Preto por meio do número 16 (3603-6915).

Eu, RG nº....., confirmo que a Sra. Itana Miranda dos Santos explicou-me os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação. As alternativas para minha participação também foram discutidas.

Eu li e compreendi este termo de consentimento, assim, concordo em dar meu consentimento para participar como voluntário desta pesquisa.

x

(Orientadora- Profª Drª Silvia Sidnéia da Silva/SP)  
RG: 20907158  
CPF: 14442727805  
Telefone: (16) 91390493

x

(Pesquisadora – Itana Miranda dos Santos/BA)  
RG n. 0748146997  
CPF: 88309509553  
Telefone: (73) 91911465

x

(Assinatura do participante)

Itabuna, 10 de maio de 2013.

## APÊNDICE 5

Ilma. Sr<sup>a</sup>

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Luciana Rezende Alves Oliveira

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da UNAERP

Universidade de Ribeirão Preto – Campus Ribeirão Preto

Venho pelo presente encaminhar o Projeto intitulado Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna sob a Ótica da População, a ser desenvolvido pela mestrandia Sra. Itana Miranda dos Santos, enfermeira e portadora do RG n. 0748146997, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde e Educação, da Universidade de Ribeirão Preto, para apreciação deste Comitê.

As atividades serão desenvolvidas no município de Itabuna/BA, nos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte do referido município.

Atenciosamente,

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva  
Pesquisadora responsável

Ribeirão Preto, 10 de maio de 2013.

## ANEXO A



**UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO**

*Mestrado Profissional em Saúde e Educação*

### INSTRUMENTO

#### I - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Domicílio: \_\_\_\_\_ No. de residentes: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistado (INICIAIS): \_\_\_\_\_ Data de nascimento: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M

Renda familiar: \_\_\_\_\_

Nível de Instrução: ( ) analfabeto (a)

( ) ensino fundamental incompleto

( ) ensino fundamental completo

( ) ensino médio incompleto

( ) ensino médio completo

( ) Nível superior incompleto

( ) Nível superior completo

Ocupação: \_\_\_\_\_

Renda e Estrutura Familiar

Salário mínimo= R\$ 678,00

Renda familiar: ( ) menor que 1 (um) salário-mínimo

( ) menor que 1 a 3 (três) salários-mínimo

( ) entre 3 e seis salários-mínimo

( ) não sabe referir

Recebe algum tipo de benefício? ( ) S ( ) N Se sim, qual? \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_

Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) viúvo(a)

( ) desquitado(a) ( ) divorciado(a) ( ) união estável

( ) outros. Qual? \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**II – CONHECIMENTO SOBRE A DENGUE E O VETOR**

**II.1.** Você sabe o que é Dengue? ( ) Sim ( ) Não

**II.2.** Você sabe como pode evitar a Dengue? ( ) Sim ( ) Não

**II.3.** Você sabe distinguir uma muriçoca, do Mosquito da Dengue? ( ) Sim ( ) Não

**II.4.** Qual a diferença?

---

---

**II.5.** Na sua opinião, porque existe mosquito da Dengue em sua residência ou no seu bairro?

---

---

**II.6.** O que você tem feito para controlar o mosquito?

---

---

**II.7.** O que a Unidade de saúde e a equipe de saúde têm feito?

---

---

**II.8.** Você recebeu orientações de como prevenir a Dengue? ( ) Sim ( ) Não

**II.9.** Quais foram essas orientações?

---

---

---

**II.10.** Essa informação foi através de:

( ) rádio ( ) cartilha, jornal ( ) TV ( ) nas escolas ( ) carro de som  
( ) agente de saúde ( ) difusora local ( ) internet ( ) outros

**II.11.** Quais as dificuldades para você praticar o que foi orientado?

---

---

**II.12.** Você acha que o produto usado para combater o mosquito utilizado na água, nos vasos e no fumacê, pode fazer mal á saúde humana? ( ) sim ( ) não  
Porquê?

---



---



---

**II.13.** Quais são os sintomas da dengue? \_\_\_\_\_

---

**II.14.** Você ou alguém de sua família já teve dengue? ( ) sim ( ) não

**II.15.** Quem? \_\_\_\_\_

**II.16.** Alguém de sua família teve dengue mais de uma vez? ( ) Sim ( ) Não

**II.17.** Quantas vezes?

( ) Uma vez ( ) Duas vezes ( ) Três vezes ( ) Mais de três vezes

**II.18.** Há quanto tempo foi o último caso de dengue em sua família?

( ) Neste ano ( ) Ano passado ( ) há 2 anos ( ) há 3 anos

( ) há 4 anos ( ) há 5 anos ( ) há mais de 5 anos

**II. 19.** Como você soube que era dengue e não gripe?

---



---

**II. 20.** Você conhece alguém que morreu de dengue? ( ) Sim ( ) Não

### **III – SOBRE AS CONDIÇÕES DE HABITAÇÃO**

**III.1.** Na sua casa tem água encanada? ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for SIM: há fornecimento contínuo? ( ) Sim ( ) Não

Se a resposta for NÃO:

3.1.1 Como você guarda água em casa?

---

3.1.2 O depósito tem tampa? ( ) Sim ( ) Não

**III.2.** Possui planta que fica em água dentro de casa? ( ) Sim ( ) Não

**III.3.** Quais os cuidados que você tem com plantas em vasos com pratos de suporte?

( ) Rega diariamente ( ) Limpa o prato

( ) Nunca limpa ( ) Coloca algum produto na água do prato para evitar o mosquito.

**III.4.** Onde você joga o seu lixo?

( ) o carro da limpeza recolhe ( ) joga na rua

( ) joga em terreno baldio ( ) no quintal ( ) outro

**III.5** O carro do lixo passa com que frequência?

( ) Diariamente ( ) 2 vezes por semana

1 vez por semana                       Nunca passa

**III.6** . Guarda garrafas vazias ou outros recipientes descartáveis (pneus, latas, entre outros ) no quintal?  Sim  Não

**III.7** Que cuidados você tem com eles? \_\_\_\_\_

**III.8.** Em sua opinião, porque o problema Dengue continua?

### **III- SOBRE AS AÇÕES EDUCATIVAS**

III.1- A equipe de saúde desenvolve atividades para mobilizar a população no controle da dengue?  Sim  Não

III.2- Com que frequência as atividades de mobilização do controle da dengue são realizadas?

semanalmente     a cada 15 dias     mensalmente     a cada dois meses  
 a cada três meses                       a cada 6 meses                       Uma vez por ano.

III.3 quais os tipos de ações que você, já participou juntamente com os profissionais da unidade, sobre a dengue

Mutirões de limpeza     Palestras Educativas na Unidade  
 Palestras Educativas na comunidade     Palestras Educativas na escola  
 Reuniões na associação de moradores                       Mobilizações sociais  
 Passeatas na comunidade  
 Outras ações especificar \_\_\_\_\_

## ANEXO B

### AUTORIZAÇÃO DO SECRETÁRIO DA SAÚDE ITABUNA/BA

Os sujeitos terão os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de

#### APÊNDICE 3

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilmo. Sr. Renan Oliveira de Araújo,  
Secretário de Saúde de Itabuna/BA

Eu, Itana Miranda dos Santos, enfermeira e portadora do RG n. 0748146997, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, nesse ano corrente; pesquisadora do projeto de Mestrado, tenho a intenção de realizar a investigação intitulada Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna sob a Ótica da População, orientada pela Professora Doutora Silvia Sidnéia da Silva, cujos sujeitos da pesquisa propomos ser os moradores dos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte acompanhados pela equipe de saúde da família e pelo programa de agentes comunitários de saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de quatro bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna-BA.

O nome dos pesquisados não serão utilizados em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato. Não será cobrado qualquer valor; não haverá gastos e nem riscos na participação neste estudo; não estão previstos ressarcimento ou indenizações; não haverá benefícios imediatos na participação dos mesmos. Os resultados contribuirão para realizar atividades de educação em saúde mais efetivas no sentido de promover saúde e evitar a dengue.

Gostaríamos de deixar claro que a participação destes indivíduos é voluntária e que poderão recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir.

A pesquisa será realizada nos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte, e, em caso de dúvida(as) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderão entrar em contato com o pesquisadora Sra. Itana Miranda dos Santos, através do telefone (73) 91911465.

## ANEXO C

### AUTORIZAÇÃO DA DIRETORA DA VIGILÂNCIA À SAÚDE ITABUNA/BA

#### APÊNDICE 2

##### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Ilma. Sra Larissa Menezes Pimentel  
Diretora da Vigilância em Saúde

Eu, Itana Miranda dos Santos, enfermeira e portadora do RG n. 0748146997, regularmente matriculada no Programa de Mestrado em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, nesse ano corrente; pesquisadora do projeto de Mestrado tenho a intenção de realizar a investigação intitulada Avaliação das Ações de Controle da Dengue em Itabuna sob a Ótica da População, orientada pela Professora Doutora Sílvia Sidnéia da Silva, cujos sujeitos da pesquisa propomos ser os moradores dos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte acompanhados pela equipe de saúde da família e pelo programa de agentes comunitários de saúde.

O objetivo deste estudo é avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de quatro bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna-BA.

O nome dos pesquisados não serão utilizados em qualquer fase da pesquisa o que garante seu anonimato. Não será cobrado qualquer valor; não haverá gastos e nem riscos na participação neste estudo; não estão previstos ressarcimento ou indenizações; não haverá benefícios imediatos na participação dos mesmos. Os resultados contribuirão para realizar atividades de educação em saúde mais efetivas no sentido de promover saúde e evitar a dengue.

Gostaríamos de deixar claro que a participação destes indivíduos é voluntária e que poderão recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, ou ainda descontinuar sua participação se assim preferir.

A pesquisa será realizada nos bairros Nova Califórnia, Sarinha e Novo Horizonte, no município de Itabuna/BA e, em caso de dúvida(as) e outros esclarecimentos sobre esta pesquisa poderão entrar em contato com o pesquisadora Sra. Itana Miranda dos Santos, através do telefone (73) 9191-1465.

Os sujeitos terão os objetivos desta pesquisa, bem como a forma de participação no estudo, esclarecidos pela pesquisadora, e somente participarão após a assinatura do termo de consentimento.



(Orientadora- Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Sílvia Sidnéia da Silva/SP)  
 RG: 20607168  
 CPF: 14442727805  
 Telefone: (16) 91380493



(Pesquisadora – Itana Miranda dos Santos BA)  
 RG n. 0748146997  
 CPF: 88309509553  
 Telefone: (73) 91911465

Itabuna, 10 de maio de 2013.

De acordo e autorizado: 06 de junho de 2013

  
 Prefeitura Municipal de Itabuna  
 Dept. de Vigilância à Saúde

Larissa Pimental C. M. Silva  
 Diretora

## ANEXO D

### AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS DA UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO PRETO

UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



#### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

##### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AVALIAÇÃO DAS AÇÕES DE CONTROLE DA DENGUE EM ITABUNA SOB A ÓTICA DA POPULAÇÃO

**Pesquisador:** Sílvia Sidnéia da Silva

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 22303913.9.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

##### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 445.038

**Data da Relatoria:** 23/10/2013

##### Apresentação do Projeto:

A dengue é uma arbovirose reemergente que vem se constituindo em importante problema de saúde pública no mundo, particularmente, em países tropicais nos quais as condições ambientais, como altas temperaturas, períodos chuvosos e alta umidade relativa do ar favorecem sua proliferação, facilitando a transmissão dos quatro sorotipos do vírus: dengue 1, 2, 3 e 4 (BRASIL, 2009). A ocorrência da dengue é mundial e, conforme salienta Ferreira (2009), é a arbovirose mais importante no continente americano, onde o mosquito transmissor, o *Aedes aegypti*, é encontrado atualmente em uma extensão que vai desde o Uruguai até o Sul dos Estados Unidos, tendo sido registrados surtos e epidemia em vários países, como Venezuela, Cuba, Brasil e Paraguai, o que corresponde a 3,5 milhões de pessoas contaminadas no mundo. No Brasil mais de 80% da população reside na área urbana, com importantes lacunas no setor de infraestrutura, tais como dificuldades para garantir abastecimento regular e contínuo de água, a coleta e o destino adequado dos resíduos sólidos (BRASIL, 2009). Outros fatores, como a acelerada expansão da indústria de materiais não biodegradáveis, além de condições climáticas favoráveis, agravadas pelo aquecimento global, conduzem a um cenário que impede, em curto prazo, a proposição de ações visando à erradicação do vetor transmissor. Na década de 90 ocorreu um quadro epidêmico da dengue em vários Estados e cidades brasileiras e, segundo Rouquayrol (1999), epidemia denominada-

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6770 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cotisa@unarp.br

Continuação do Parecer: 445.038

se como a ocorrência de doença, em grande número de pessoas, ao mesmo tempo. No Estado da Bahia, a dengue vem ocorrendo de forma alarmante, sendo que O Estado da Bahia notificou 121.245 casos de dengue, com uma incidência de 824,1 casos por 100.000 habitantes. Foram confirmados 584 casos de Febre Hemorrágica da Dengue- FHD com 34 óbitos, e 1.247 casos de Dengue com Complicação- DCC com 32 óbitos. A letalidade por formas graves foi de 3,6%. Os municípios com maior número de notificações foram Itabuna com 14.926 casos (12,3%), incidência de 6.986 casos por 100.000 habitantes; Salvador com 7.308 casos (6%), incidência de 243,7 casos por 100.000 habitantes; Irecô com 5.166 casos (4,3%), incidência de 7.820,2 casos por 100.000 habitantes e Ilhéus com 4.255 notificações (3,5%), incidência de 1.940,6 casos por 100.000 habitantes. Dos 417 municípios do estado, 50% (207) apresentam alta incidência, 21%(86) apresentam média incidência e 28% (110) apresentaram baixa incidência. Foram isolados os sorotipos DENV-1, DENV-2 (predominante) e DENV-3 (BRASIL, 2010, p 13). No ano de 2009, Itabuna-BA, apresentou uma epidemia de dengue, onde segundo dados do Sistema Nacional de Notificações de Agravos (SINAN) foram notificados 14.933, sendo 09 óbitos; e o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) sinalizou como um dos municípios prioritários do Estado da Bahia para o combate à dengue visto essa situação. O PNCD foi criado em 2002, com o intuito de monitorizar, supervisionar e apoiar os Estados e municípios brasileiros com aumento do mosquito. Os componentes sustentadores do PNCD compreendem a vigilância epidemiológica, combate ao vetor, assistência aos pacientes, integração com a atenção básica, ações de saneamento ambiental, ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social, capacitação de recursos humanos, legislação, sustentabilidade político-social e acompanhamento e avaliação do PNCD. De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde (2010), em área com história prévia de transmissão de dengue o objetivo é detectar precocemente a circulação viral, nos períodos não epidêmicos; e diminuir o número de casos e o tempo de duração da epidemia nos períodos epidêmicos, sendo que uma das ações é manter as medidas de combate ao vetor e desenvolver atividades educativas e de participação comunitária. O Ministério da Saúde propôs ações integradas de saúde, educação e mobilização que levaram à criação do Programa Saúde da Família (PSF). Seu propósito é reorganizar os serviços de saúde e melhorar a qualidade de vida da população. O PSF prioriza ações de prevenção de doenças, promoção e recuperação da saúde, de forma integral e contínua. O atendimento é feito na Unidade de Saúde da Família (USF) ou no domicílio, por médicos, enfermeiros e agentes comunitários de saúde (ACS). Em Itabuna-BA existe uma cobertura de 30% do PSF, ressaltando que atuam em bairros periféricos com

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
 Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
 UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
 Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cotisa@unaerp.br

Continuação do Parecer: 445.038

infraestrutura sanitária, de abastecimento de água, coleta de lixo e outros serviços precários. Na ocorrência dos casos de dengue a maioria deles está estreitamente relacionada com as más condições sociais e econômicas das populações, produzindo diferenciais na sua frequência e distribuição, refletindo as desigualdades de cada sociedade (BRASIL,2009). Entretanto, a doença pode ocorrer em qualquer localidade desde que exista população humana susceptível, presença do vetor e o vírus seja introduzido (BRASIL, 2010). A presença do *A. aegypti* seja na forma imatura ou adulta é um alerta para que as ações nos territórios cobertos e acompanhados pelos profissionais da equipe de saúde da família, mobilizem a comunidade no intuito de eliminar e evitar o aparecimento de novos criadouros em seus domicílios e nos peridomicílios. 1.1 JUSTIFICATIVA Frente aos aspectos supracitados justifica-se desenvolver estudos no

território de atuação das equipes de saúde da família visando contribuir com a prevenção do dengue em comunidades onde existe o Programa de Saúde da Família implantado e apresenta um alto índice de infestação predial e prevalência da doença. Esse diagnóstico possibilita a atuação mais específica frente à realidade do cenário.

**Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar as ações educativas para o controle da dengue, sob a ótica da população de três bairros que apresentaram maiores índices de infestação predial do município de Itabuna-BA.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Em relação aos riscos não haverá situação de risco para os participantes durante o estudo, uma vez que eles somente responderão às questões do instrumento após terem concordado com os objetivos do estudo, e assinarão o TCLE (APÊNDICE 3), no caso de aquiescência.

Em relação aos benefícios acredita-se que desenvolver estudos no território de atuação das equipes de saúde da família visando contribuir com a prevenção da dengue em comunidades onde existe o Programa de Saúde da Família implantado e apresenta um alto índice de infestação predial e prevalência da doença é fundamental. Esse diagnóstico possibilita a atuação mais específica frente à realidade do cenário.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa bem interessante, já que com toda divulgação a respeito da Dengue, ainda aparecem muitos casos.

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

Quanto aos termos de apresentação obrigatória o presente projeto apresenta todos os termos

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRAO PRETO  
Telefone: (16)3803-6779 Fax: (16)3803-6817 E-mail: cotico@unaerp.br



UNIVERSIDADE DE RIBEIRÃO  
PRETO - UNAERP



Continuação do Parecer: 445.038

necessários devidamente assinados.

**Recomendações:**

Não há recomendações

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

Não há pendências

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Projeto de pesquisa aprovado.

RIBEIRÃO PRETO, 04 de Novembro de 2013

---

**Assinador por:**  
Luciana Rezende Alves de Oliveira  
(Coordenador)

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.098-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6779 Fax: (16)3603-6817 E-mail: cotisa@unaerp.br