

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

IANA GRACIELI DE QUEIROZ

ANÁLISE DE DISCURSO SOBRE DENGUE NO BAIRRO COM MAIOR
INCIDÊNCIA DA DOENÇA EM LUÍS ANTÔNIO, MUNICÍPIO DO
INTERIOR PAULISTA

RIBEIRÃO PRETO
2024

IANA GRACIELI DE QUEIROZ

ANÁLISE DE DISCURSO SOBRE DENGUE NO BAIRRO COM MAIOR
INCIDÊNCIA DA DOENÇA EM LUÍS ANTÔNIO, MUNICÍPIO DO
INTERIOR PAULISTA

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

Orientador: Dr. Saulo Delfino Barboza.

RIBEIRÃO PRETO
2024

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

- Universidade de Ribeirão Preto -

QUEIROZ, Iana Gracieli de, 1997-

Q3a Análise de discurso sobre dengue no bairro com maior
incidência da doença em Luís Antônio, município do interior
paulista / Iana Gracieli de Queiroz. – Ribeirão Preto, 2024.

93 f. : il. color.

Orientador: Prof.º Dr.º Saulo Delfino Barboza.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Ribeirão Preto,
UNAERP, Mestrado em Saúde e Educação, 2024.

IANA GRACIELI DE QUEIROZ

**ANÁLISE DE DISCURSO SOBRE DENGUE NO BAIRRO COM MAIOR
INCIDÊNCIA DA DOENÇA EM LUÍS ANTÔNIO, MUNICÍPIO DO INTERIOR
PAULISTA**

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: 30 de agosto de 2024

Resultado: Aprovada

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Saulo Delfino Barboza
Presidente/UNAERP – Universidade de Ribeirão Preto



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

Documento assinado digitalmente
gov.br JACOB DOS SANTOS BIZIAK
Data: 09/12/2024 17:36:55-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Prof. Dr. Jacob dos Santos Biziak
IFSP – Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo, Campus
Sertãozinho

**RIBEIRÃO PRETO
2024**

DEDICATÓRIA

Aos profissionais de saúde, especialmente do município de Luís Antônio, pesquisadores e cidadãos que, com dedicação e esforço contínuo, têm enfrentado a dengue e outras doenças infecciosas que afetam a população.

Este trabalho é para vocês, que diariamente contribuem para a saúde e o bem-estar da nossa população.

Com profunda gratidão, dedico esta pesquisa ao trabalho de cada um de vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me proporcionar esta vivência e por me conceder saúde e determinação para superar cada desafio durante a realização deste trabalho.

Aos meus pais, Maria Milza e Francisco, por nunca medirem esforços para me proporcionar um ensino de qualidade e apoio ao longo de toda a minha trajetória.

Ao meu irmão Glauco, por sempre estar disposto a me ajudar nos estudos desde a faculdade; e à minha irmã Glaucia, por estar sempre ao meu lado, me incentivando e mostrando o quanto sou capaz.

Agradeço à equipe da prefeitura municipal de Luís Antônio, em especial a equipe de saúde, por autorizar e apoiar este trabalho, sempre dispostos a ajudar.

Aos professores do Programa de Mestrado em Saúde e Educação, pelo apoio, incentivo e pela sabedoria compartilhada, permitindo-me dividir experiências e aprendizados ao longo do curso.

Especialmente ao meu orientador, Saulo Delfino Barboza, que não mediu esforços para proporcionar os melhores caminhos para que eu pudesse concretizar mais esta etapa da minha vida, com sua paciência e sabedoria.

Ao meu orientador, Saulo Delfino Barboza, sua dedicação, paciência e orientação foram inestimáveis. Sua capacidade de guiar meus estudos e fornecer orientações construtivas para que eu pudesse alcançar meus objetivos. Sou profundamente grata por seu empenho e compromisso em proporcionar os melhores caminhos para a realização deste trabalho.

Aos membros da banca de defesa, Jacob, com sua experiência em análise de discurso e vasto conhecimento, e Silvia, nossa coordenadora, que também foi minha orientadora no Trabalho de Conclusão de Curso da faculdade. É uma honra tê-los participado desta etapa.

À Universidade de Ribeirão Preto, que há 9 anos me proporciona oportunidades de crescimento acadêmico, pessoal e profissional

À Dra. Ana Carolina Amadio, que acreditou em meu potencial antes mesmo de eu me formar na graduação, convidando-me para trabalhar com ela na Vigilância Epidemiológica de Luís Antônio. Hoje, sou apaixonada pelo que faço como enfermeira da Vigilância Epidemiológica, graças a ela.

Ao Daniel Marques, enfermeiro e diretor do Grupo de Vigilância Epidemiológica de Ribeirão Preto, por me inspirar como profissional e por todas as dicas e incentivos nessa etapa.

Aos amigos, pela amizade e pelo apoio durante todo o período dedicado a este trabalho.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho e para o meu processo de aprendizado, deixo aqui os meus sinceros agradecimentos.

APRESENTAÇÃO

Meu nome é Iana Gracieli de Queiroz. Nasci em Ribeirão Preto, interior de São Paulo (SP), em 1997. Sou a filha mais nova de pais separados e me formei como enfermeira pela Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), em julho de 2019. Desde agosto do mesmo ano, minha trajetória profissional me levou a atuar na Vigilância em Saúde, onde assumi o cargo de Enfermeira Responsável Técnica da Vigilância Epidemiológica do Município de Luís Antônio, no interior de São Paulo.

Durante minha experiência na Vigilância Epidemiológica de Luís Antônio, ficou evidente a relevância das questões de saúde pública, especialmente a prevalência da dengue, que se apresenta como um desafio contínuo. Ao observar os indicadores de saúde do município, percebi que a dengue é um dos principais problemas enfrentados pela população local. Essa constatação reforçou em mim a importância do engajamento comunitário e da implementação efetiva de políticas públicas para enfrentar essa questão.

Em maio de 2024, assumi o cargo de Secretária de Saúde do Município de Luís Antônio, o que intensificou meu compromisso com os desafios da saúde pública, especialmente no combate à dengue. Essa posição me permite implementar estratégias de saúde que beneficiem diretamente a comunidade. Com base neste estudo, e reconhecendo a realidade do bairro com maior incidência de dengue, pretendo desenvolver e aplicar medidas de controle ajustadas às condições locais, integrando ações de educação em saúde e mobilização comunitária. O objetivo é garantir intervenções eficazes e sustentáveis, promovendo melhorias reais na qualidade de vida da população.

No segundo semestre de 2022, ingressei no Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da UNAERP. Esse programa tem sido fundamental para aprofundar minha investigação sobre a dengue em Luís Antônio e orientar estratégias de prevenção e controle da doença.

Este mestrado não é apenas um marco no meu desenvolvimento pessoal e profissional; ele representa um compromisso concreto com a saúde da comunidade de Luís Antônio. Agora, como Secretária de Saúde, estou ainda mais determinada a aplicar os conhecimentos adquiridos para promover melhorias reais na saúde pública do município, especialmente no enfrentamento da dengue.

RESUMO

A dengue, uma doença viral transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, representa uma ameaça à saúde humana, no Brasil e no mundo. Luís Antônio, um município do interior paulista, possui um histórico de alta incidência de casos de dengue. Esta dissertação teve como objetivo geral analisar os processos de significação e responsabilização presentes nos discursos sobre a dengue no bairro com maior incidência da doença em Luís Antônio. A metodologia da pesquisa foi dividida em duas etapas: uma quantitativa e uma qualitativa. A primeira consistiu em uma análise descritiva da incidência de dengue por bairro em 2022, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos e Notificação (SINAN). A segunda etapa envolveu um estudo qualitativo com entrevistas semiestruturadas realizadas com moradores do bairro Jardim Vila Real II, que apresentou a maior incidência de casos do município, 343 por 1.000 habitantes. A Análise de Discurso de Michel Pêcheux e Eni Orlandi foi adotada como referencial teórico-metodológico para a produção e análise de dados da etapa qualitativa. Os discursos sobre dengue no Jardim Vila Real II se inscrevem em duas formações discursivas: uma de caráter clínico e outra de caráter funcionalista. A formação discursiva clínica está atrelada aos sinais e sintomas da doença vivenciados nos corpos dos sujeitos, por vezes associados às experiências de dor, perda e quase-morte. A formação funcionalista pelo discurso sobre a incapacidade de trabalhar, de se manter em atividade enquanto sujeito-doente. Assim, a dengue é um obstáculo para a funcionalidade ocupacional. Ambas formações discursivas clínica funcionalista se dão em consonância com uma formação ideológica capitalista. Quanto à prevenção da dengue, a responsabilidade é geralmente atribuída aos próprios sujeitos-moradores e às instâncias governamentais. A classe governante é criticada pela falta de ações efetivas e contínuas, enquanto a comunidade é dita negligente quando se trata de cuidados necessários para evitar criadouros de mosquitos. A análise da distribuição populacional por bairro, realizada na etapa quantitativa, serviu como base para a Vigilância Epidemiológica do município de Luís Antônio repensar, expandir e redistribuir de forma mais equitativa as Equipes de Atenção Primária por bairro. A etapa qualitativa poderá servir como referencial para escuta de moradores de outros bairros, e seus achados poderão ser considerados na construção de políticas públicas para lidar com a dengue que sejam sensíveis à participação comunitária.

Palavras-chave: Dengue. Saúde Planetária. Epidemiologia. Análise de Discurso.

ABSTRACT

Dengue, a viral disease transmitted by the *Aedes aegypti* mosquito, represents a significant threat to human health both in Brazil and globally. Luís Antônio, a municipality in the interior of São Paulo state, has a history of high dengue incidence. This study aimed to analyze the processes of meaning-making and accountability present in the discourses surrounding dengue in the neighborhood with the highest incidence of the disease in Luís Antônio. The research methodology was divided into two phases: quantitative and qualitative. The first phase involved a descriptive analysis of dengue incidence by neighborhood in 2022, based on data from the Notifiable Diseases Information System (SINAN). The second phase consisted of a qualitative study, including semi-structured interviews with residents of Jardim Vila Real II, the neighborhood with the highest incidence in the municipality, reporting 343 cases per 1,000 inhabitants. Michel Pêcheux and Eni Orlandi's Discourse Analysis was adopted as the theoretical-methodological framework for data production and analysis in the qualitative phase. The dengue-related discourses in Jardim Vila Real II are situated within two main discursive formations: clinical and functionalist. The clinical formation focuses on the signs and symptoms of the disease experienced by individuals, often tied to experiences of pain, loss, and near-death situations. The functionalist formation reflects discourses on the inability to work or maintain activities while being in the condition of a "sick-subject." In this sense, dengue becomes an obstacle to occupational functionality. Both the clinical and functionalist discursive formations align with a broader capitalist ideological framework. Regarding dengue prevention, responsibility is typically attributed to both residents and government entities. The government is criticized for the lack of effective and continuous actions, while the community is often perceived as negligent in adopting necessary measures to prevent mosquito breeding sites. The analysis of population distribution by neighborhood, conducted in the quantitative phase, provided a foundation for the municipality's Epidemiological Surveillance team to rethink, expand, and redistribute Primary Care Teams more equitably across neighborhoods. The qualitative phase may serve as a reference for engaging with residents of other neighborhoods, and its findings can contribute to the development of public policies addressing dengue that are sensitive to community participation.

Keywords: Dengue, Planetary Health, Epidemiology, Discourse Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Distribuição geográfica dos casos de dengue notificados no mundo em 2022	25
Figura 2. Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2019 a 2022	26
Figura 3. Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas no estado de São Paulo de 2019 a 2022	28
Figura 4. Incidência de casos confirmados de dengue no ano de 2022 por município na região de Ribeirão Preto - SP.....	31
Figura 5. Localização do município de Luís Antônio, no estado de São Paulo.	38
Figura 6. Mapa de bairros da cidade de Luís Antônio/SP	40
Figura 7. Sequência dos pontos de entrevistas realizadas no bairro (1-7).....	43
Figura 8. Distribuição mensal dos casos notificados de dengue no município de Luís Antônio no ano de 2022	47
Figura 9. Casos Confirmados de Dengue e Taxas de Incidência por Bairro no município de Luís Antônio em 2022	49

LISTAS DE ABREVIATURAS

ACE	Agentes de Combate a Endemias
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DNPCE	Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias da Dengue
DRS	Departamento Regional de Saúde
EGI-dengue	Estratégia de Gestão Integrada para Prevenção e Controle da Dengue
ESPIN	Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
GVE	Grupo de Vigilância Epidemiológica
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSC-BR	Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades – Brasil
LIRAA	Levantamento de Índice Rápido do Aedes aegypti
NIAID	Instituto Nacional de Alergia e Doenças Infecciosas dos Estados Unidos
ODS 3	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PEAA	Programa de Erradicação do Aedes aegypti
PIACD	Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue
RT-PCR	Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SP	São Paulo
SSARBO	Sala de Situação Nacional de Arboviroses
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNAERP	Universidade de Ribeirão Preto
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	15
1.1	OBJETIVOS	17
1.1.1	Geral	17
1.1.2	Específicos	17
2	REVISÃO DA LITERATURA	18
2.1	A DENGUE	18
2.1.1	Vetor, Transmissão e Manifestações Clínicas	18
2.1.2	Diagnóstico e Tratamento	19
2.1.3	Prevenção	21
2.2	ASPECTOS HISTÓRICOS DA DENGUE	23
2.2.1	A dengue no Brasil	25
2.2.2	A dengue no estado de São Paulo	27
2.2.3	A dengue na cidade de Luís Antônio	28
2.3	POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E O COMBATE A DENGUE	32
2.4	DENGUE E SAÚDE PLANETÁRIA	36
3	MÉTODOS	38
3.1	NATUREZA DO ESTUDO	38
3.2	LOCAL DO ESTUDO	38
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	40
3.4	PRODUÇÃO DE DADOS	41
3.4.1	Instrumento e protocolo de produção de dados	41
3.4.2	Procedimento de produção de dados	42
3.5	ANÁLISE DE DADOS	44
3.6	ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA	45
3.7	CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA	46

4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
4.1	INCIDÊNCIA DE DENGUE EM LUIS ANTÔNIO	47
4.2	DENGUE EM DISCURSO	50
4.2.1	Efeitos de sentido sobre dengue	51
4.2.2	Atribuição de responsabilidade na prevenção da dengue	56
5	CONCLUSÃO.....	65
	REFERÊNCIAS.....	68
	APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	74
	ANEXO I – RELATÓRIO TÉCNICO	75
	ANEXO II – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE DENGUE E FEBRE CHIKUNGUNYA	

1 INTRODUÇÃO

A dengue faz parte de um grupo de doenças chamadas de arboviroses. Historicamente, os casos de dengue tem aumentado (FREIRE-FILHA; SOUZA, 2019), especialmente em regiões tropicais e subtropicais da Terra, onde as condições ambientais favorecem a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, principal vetor da doença (SCHAEFER; PANDA; WOLFORD, 2023). No mundo, houve um crescimento de 505.430 casos no ano 2000 para 5,2 milhões em 2019. Em 2023 foram registrados mais de 5 milhões de casos de dengue e cerca de 5.000 mortes em mais de 80 países, mostrando como a doença vem aumentando. No Brasil, o cenário é preocupante; o país lidera o número de casos de dengue no mundo, com 2,9 milhões registrados em 2023, representando mais da metade dos casos globais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAUDE, 2024).

Dados os impactos negativos da dengue, a prevenção e o controle da doença tornaram-se uma meta específica da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2024) a agenda das Nações Unidas (ONU) vigente nesta década. A meta 3.3, parte do Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 3, foca na redução da morbidade causada por doenças transmitidas por vetores, como a dengue, por meio de estratégias eficazes de controle e promoção da saúde.

Reduzir a incidência de dengue, portanto, é um desafio contemporâneo. Com o alcance da meta 3.3 da Agenda 2030, não só haverá uma redução de doenças transmitidas por vetores, as chamadas doenças transmissíveis, mas também uma melhoria geral na qualidade de vida da população. Por isso, a cooperação entre estados, governos, organizações e população é fundamental para atingir a meta 3.3 do ODS 3, a fim promover saúde e bem-estar para todos.

No Brasil, a proliferação da dengue é facilitada por fatores ambientais, socioeconômicos e de infraestrutura, como a falta de saneamento básico, o que agrava os problemas de saúde pública e dificulta o combate à doença (SILVA; MACHADO, 2018). A incidência de casos segue um padrão sazonal, com picos nos primeiros meses do ano, coincidindo com a temporada de chuvas (SANTOS; SILVA, 2023).

A cidade de Luís Antônio, localizada no interior do estado de São Paulo, tem um histórico preocupante quando se trata de dengue. Em 2015, a cidade decretou estado de emergência devido à alta taxa de incidência da doença (G1, 2015). As autoridades municipais adotam diferentes abordagens para amenizar o problema da transmissão da doença. As principais ferramentas dessas abordagens incluem: a realização de campanhas educativas por meio dos veículos de comunicação, o controle de vetores pela eliminação de criadouros da forma larvária de *Aedes aegypti* e a aplicação de inseticidas para a eliminação das formas imaturas e adultas desse mosquito (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024). No entanto, a cidade ainda enfrenta uma alta incidência de dengue, o que torna questionável a real eficiência das estratégias adotadas até então. No Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades do Brasil (IDSC-BR), a alta incidência de dengue é vista como um grande desafio para tornar Luís Antônio uma cidade mais saudável e sustentável (PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 2024).

Diante desse cenário, a educação em saúde é uma ferramenta indispensável no combate às arboviroses, devendo ser implementada junto com outras estratégias de controle vetorial. A conscientização e educação tendem a melhorar o conhecimento e mudar comportamentos, incentivando a comunidade a cuidar dos ambientes onde vivem. Ações educativas contra o *Aedes aegypti* têm demonstrado resultados positivos, como a redução de habitats do mosquito, eliminação de criadouros, diminuição da infestação vetorial e maior conscientização sobre controle de vetores. Tais estratégias educativas podem empoderar as comunidades no que tange à prevenção de dengue (DIAS et al., 2022).

Apesar dos esforços preventivos em Luís Antônio, os dados mostram que as estratégias adotadas até então não têm sido suficientes para reduzir os casos de dengue. O trabalho que deu origem a esta dissertação se propôs a ouvir os moradores do bairro com maior incidência de dengue no município de Luís Antônio, com o intuito de compreender os processos de significação e responsabilização que estes moradores atribuem a alta incidência de dengue em sua localidade.

Abordagens preventivas que consideram os contextos e as perspectivas da população tendem a proporcionar estratégias mais eficientes de prevenção de surtos locais de dengue (LADNER et al., 2017). Assim, além de compartilhar os achados com a Secretaria Municipal de Saúde, esta dissertação pretende propor reflexões sobre as medidas de prevenção primária da dengue, com base na escuta da população local,

e propor melhorias nas estratégias de controle, valorizando as perspectivas dos moradores.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Geral

Analisar os processos de significação e atribuição de responsabilidade em relação à dengue nos discursos no bairro com maior incidência da doença no município de Luís Antônio/SP.

1.1.2 Específicos

- Determinar o bairro com maior incidência de dengue no município de Luís Antônio;
- Compreender os processos discursivos de significação relacionados à doença no bairro com maior incidência de dengue;
- Situar os processos de atribuição de responsabilidade sobre a prevenção da dengue e como os próprios sujeitos entrevistados são construídos/subjetivados em seus discursos, manifestando suas opiniões a partir das posições de sujeito que os constituem.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 A DENGUE

2.1.1 Vetor, Transmissão e Manifestações Clínicas

A dengue é uma doença viral transmitida principalmente pelo mosquito *Aedes aegypti*. Esta doença é causada pelo vírus da dengue, pertencente à família *Flaviviridae* e ao gênero *Flavivirus*, e inclui quatro sorotipos distintos (DENV1, DENV2, DENV3 e DENV4). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), até 30 de abril de 2024, foram notificados mais de 7,6 milhões de casos de dengue globalmente, incluindo mais de 3.000 mortes. Em 2024, o Brasil lidera como o país com o maior número de casos, com 6.296.795 casos suspeitos registrados, o que representa uma fração significativa do total global (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024).

No Brasil, a situação é agravada devido a circulação simultânea dos quatro sorotipos da dengue, permitindo que uma pessoa seja infectada mais de uma vez devido às diferenças antigênicas entre eles. A imunidade induzida pela infecção é específica para o sorotipo viral, proporcionando proteção apenas contra o sorotipo infectante (CULSHAW; MONGKOLSAPAYA; SCREATON, 2017).

A transmissão ocorre quando a fêmea dos mosquitos *Aedes aegypti* infectados pica uma pessoa infectada. Após o período de incubação, que dura cerca de 3 a 14 dias (7 dias em média), a infecção pode se manifestar em várias formas clínicas. Os seres humanos são os principais hospedeiros do vírus. Alguns fatores aumentam o risco de complicações, como a idade, episódios prévios de dengue, características genéticas e a presença de outras doenças, como diabetes, asma ou anemia. Em casos graves, a dengue pode levar ao choque, uma situação em que ocorre grande perda de líquido dos vasos sanguíneos, reduzindo o fluxo de sangue para os órgãos vitais. Essa condição, se não tratada rapidamente, pode causar falência de órgãos e representar risco de vida, especialmente em crianças pequenas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a).

A infecção pelo vírus da dengue pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, a doença apresenta um espectro clínico variado, desde formas leves até graves, podendo resultar em óbito. As fases clínicas da dengue são febril, crítica e de recuperação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

A fase febril é a primeira manifestação da dengue, caracterizada por febre alta (39°C a 40°C) que dura de dois a sete dias, com início abrupto. Os sintomas incluem dor de cabeça, fraqueza, dores musculares e articulares, dor atrás dos olhos, anorexia, náuseas, vômitos e diarreia. Cerca de metade dos casos apresentam exantema, um tipo de reação da à infecção. Após a fase febril, a maioria dos pacientes começa a se recuperar, com melhora geral e retorno do apetite (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

A fase crítica pode ocorrer após a diminuição da febre, entre o 3º e o 7º dia de infecção pelo vírus da dengue, com capacidade de evoluir para formas mais graves da doença. Nem todos os pacientes passam por essa fase crítica. Mas, quando passam, precisam de intervenção clínica imediata. Sinais de alarme incluem dor abdominal intensa, vômitos persistentes, acúmulo de líquidos no corpo (ascite, derrame pleural), hipotensão postural (tontura ao levantar), aumento do fígado, sangramento de mucosas, letargia ou irritabilidade. Durante esta fase crítica, pode ocorrer extravasamento de plasma, levando a um choque no sistema circulatório e ao acúmulo de líquidos, causando desconforto respiratório. Outras complicações graves incluem sangramentos intensos e falência de órgãos como coração, pulmões, rins, fígado e sistema nervoso central. O choque na dengue se instala rapidamente e pode ser letal se não tratado rapidamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

Na fase de recuperação, ocorre a reabsorção gradual dos líquidos extravasados, resultando em melhora clínica progressiva. Durante essa fase, o débito urinário tende a normalizar ou aumentar, e podem ocorrer bradicardia (diminuição dos batimentos cardíacos), erupções cutâneas com ou coceira e possíveis infecções bacterianas que podem agravar o estado do paciente. Infecções bacterianas podem aparecer nesta fase e, em alguns casos graves, podem levar ao óbito (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

2.1.2 Diagnóstico e Tratamento

O diagnóstico de dengue deve considerar vários fatores, iniciando pela história da pessoa, incluindo viagens recentes a regiões onde a doença é comum, regiões essas conhecidas como áreas endêmicas. Embora o quadro clínico seja importante, ele não é suficiente por si só para um diagnóstico preciso. Exames complementares para formalização do diagnóstico incluem hemograma completo, dosagem de albumina sérica e transaminases. Outros exames podem ser realizados conforme a

necessidade, como dosagem de glicemia, ureia, creatinina, eletrólitos, gasometria, tempo de protrombina, atividade enzimática e ecocardiograma (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

Exames específicos para confirmação de dengue não são necessários para a conduta terapêutica. No entanto, para embasar o diagnóstico com exames específicos, são requeridos testes laboratoriais, que devem ser realizados conforme o dia de início dos sintomas. Até o 5º dia de sintomas, recomenda-se a detecção viral por RT-PCR (Reação em Cadeia da Polimerase em Tempo Real) ou antígeno NS1. Após o 6º dia de início dos sintomas, realizar a sorologia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

O tratamento da dengue é sintomático, de suporte e tem o objetivo de aliviar os sintomas e evitar possíveis complicações. Geralmente, o tratamento é baseado principalmente na reposição de líquidos de forma adequada. Não há um medicamento específico contra o vírus. O uso de aspirina e anti-inflamatórios não esteroides devem ser evitados devido a complicações relacionadas ao sangramento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

O tratamento da dengue, conforme o Manual de Diagnóstico e Manejo Clínico do Ministério da Saúde, é estruturado em quatro grupos (A, B, C e D), dependendo da gravidade dos sintomas e do risco de complicações:

- Grupo A: Pacientes sem sinais de alarme ou comorbidades, podendo ser tratados em casa com hidratação oral e controle dos sintomas. Recomenda-se o acompanhamento ambulatorial;
- Grupo B: Pacientes com sinais de alarme ou comorbidades, necessitando de hidratação oral supervisionada e exames laboratoriais regulares para monitoramento;
- Grupo C: Pacientes com sinais de alarme persistentes, que requerem hospitalização para monitoramento intensivo e hidratação intravenosa;
- Grupo D: Casos graves com choque ou outras complicações severas, exigindo internação em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e cuidados avançados para manejo de choque, hemorragias e disfunção orgânica.

Essas recomendações visam minimizar complicações e melhorar os desfechos clínicos, com um enfoque na prevenção do agravamento da doença e no manejo adequado das necessidades de cada paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b).

2.1.3 Prevenção

Atualmente, a prevenção da dengue foca principalmente no controle do vetor, uma estratégia que demanda a colaboração da população e das autoridades. Além disso, a vacinação tem se mostrado uma estratégia eficiente para prevenir a doença.

Existem, nos dias de hoje, duas vacinas tetravalentes de vírus atenuados disponíveis: a *Dengvaxia*, administrada em três doses para pessoas entre 9 e 45 anos, recomendada apenas para aqueles que já foram expostos ao vírus; e a *Qdenga*, aprovada pela ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) em 2023, que pode ser aplicada em pessoas de 4 a 60 anos, em duas doses (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024c).

Em resposta ao aumento de casos, hospitalizações e óbitos, o Ministério da Saúde do Brasil incluiu, em dezembro de 2023, a vacina contra a dengue no Calendário Nacional de Vacinação. Inicialmente, a imunização foi direcionada a crianças e adolescentes de 10 a 14 anos, faixa com o maior número de hospitalizações pela doença, exceto os idosos, para os quais a vacina não foi aprovada pela ANVISA. Dessa forma, o Brasil tornou-se o primeiro país a disponibilizar a vacina contra a dengue gratuitamente no sistema público de saúde, complementando outras formas de controle do vetor (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024c).

Devido à limitação no acesso à vacina disponibilizada pelo setor público, o controle do *Aedes aegypti* permanece o principal método de prevenção contra a dengue e outras arboviroses urbanas. Para reduzir a proliferação de mosquitos transmissores, recomenda-se tomar as seguintes precauções: evitar o acúmulo de água em recipientes ao ar livre, como potes, garrafas e outros objetos que possam se tornar criadouros destes mosquitos; cobrir adequadamente tanques e reservatórios de água para impedir o acesso de mosquitos; não deixar lixo acumulado, descartando-o corretamente em sacos plásticos fechados; além do uso de repelentes para evitar picadas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2023a).

Para enfrentar a dengue, é fundamental que o serviço de vigilância epidemiológica capacite profissionais de saúde para garantir a correta identificação e notificação dos casos (MASCARENHAS et al., 2020). Entretanto, é comum que a falta de informação e dados nos registros epidemiológicos prejudiquem a compreensão da distribuição e do impacto da doença, dificultando tanto o diagnóstico das necessidades de saúde quanto a elaboração de políticas públicas. A interpretação de

dados epidemiológicos é uma das formas de auxiliar os órgãos de saúde na elaboração dos programas de combate à doença. Porém, cabe ao serviço de vigilância adotar as medidas de controle e prevenção, orientando os profissionais de saúde e a população. Uma avaliação precisa dos registros epidemiológicos é fundamental para o desenvolvimento de estratégias eficazes contra a dengue (MASCARENHAS et al., 2020).

A prevenção bem-sucedida da dengue depende da participação ativa da comunidade, incluindo a eliminação de criadouros de mosquitos e a cooperação com as autoridades locais de saúde (MENDOZA-CANO et al., 2017). Avaliações contextuais e ações direcionadas a grupos vulneráveis, aliadas a melhorias na infraestrutura e mobilização social, fortalecem as iniciativas de controle, garantindo que as estratégias sejam adequadas às necessidades de cada comunidade (HORTON; LO, 2015; STEWART IBARRA et al., 2014).

Pereira (2017) faz uma crítica contundente às campanhas contra o *Aedes aegypti* por enfatizarem a responsabilidade individual, o que pode desconsiderar o aspecto coletivo da saúde e enfraquecer a eficácia das medidas. Abordagens educacionais que ignoram o saber popular muitas vezes falham em sensibilizar a população, resultando em mudanças limitadas no comportamento das comunidades (SILVA; MALLMANN; VASCONCELOS, 2015).

Fraga e Monteiro (2014) defendem que estratégias de controle de endemias devam considerar fatores sociais, econômicos, políticos e ambientais. A proximidade das políticas de controle com a realidade das populações, bem como o uso de abordagens baseadas em suas necessidades e conhecimentos, são essenciais para o sucesso das iniciativas de prevenção e controle da dengue (GONÇALVES et al., 2015; SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

A prevenção da dengue exige uma abordagem integrada que combine vacinação, controle do vetor e participação ativa da comunidade, com o apoio dos sistemas de saúde. A inclusão da vacina no Calendário Nacional de Vacinação representa um avanço, mas o controle do *Aedes aegypti* continua sendo uma peça central. Capacitar os profissionais de saúde e realizar avaliações precisas dos dados são medidas necessárias para a formulação de políticas públicas eficazes. Além disso, considerar os fatores sociais e econômicos nas estratégias de controle ajuda a promover a conscientização e mobilização da população, aumentando a eficiência das ações preventivas.

2.2 ASPECTOS HISTÓRICOS DA DENGUE

A dengue é considerada a arbovirose mais disseminada no mundo, tem aumentado de forma preocupante nas últimas décadas. Antes de 1970, a dengue era registrada em menos de 10 países; atualmente, mais de 100 nações enfrentam surtos, e cerca de metade da população mundial vive em áreas com risco de transmissão do vírus (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019). Estima-se que, globalmente, o número de infecções atinja cerca de 390 milhões por ano, com 96 milhões apresentando sintomas (BHATT et al., 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2024b). Embora a maioria dos casos seja leve ou assintomática, a doença pode evoluir para formas graves, resultando em hospitalizações e óbitos.

Em 2019, a dengue foi classificada como uma das dez principais ameaças à saúde global pela Organização Mundial da Saúde (OMS), devido ao aumento da incidência e à gravidade dos surtos, especialmente em áreas urbanas densamente povoadas e economicamente vulneráveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2019). O impacto global da dengue é notável, considerando que indicadores epidemiológicos como morbidade, mortalidade e anos de vida ajustados por incapacidade têm aumentado nas últimas três décadas, reforçando o impacto da doença na saúde pública global (YANG et al., 2021).

Na última década, a incidência global da dengue vem aumentando especialmente na Região das Américas, onde são registrados 80% dos casos globais, se tornando o arbovírus com o maior número de casos. O ano de 2023 registrou o maior número de casos de dengue na história das Américas, com 4.565.911 casos, incluindo 7.653 casos graves e 2.340 óbitos, resultando em uma taxa de letalidade de 0,051%. Em 2024, de janeiro até a quinta semana epidemiológica, foram registrados 673.267 casos, dos quais 700 foram graves e 102 fatais, indicando uma taxa de letalidade de 0,015% até então. Este número representa um aumento de 157% em comparação com o mesmo período em 2023 e um aumento de 225% em relação à média dos últimos cinco anos (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2024b).

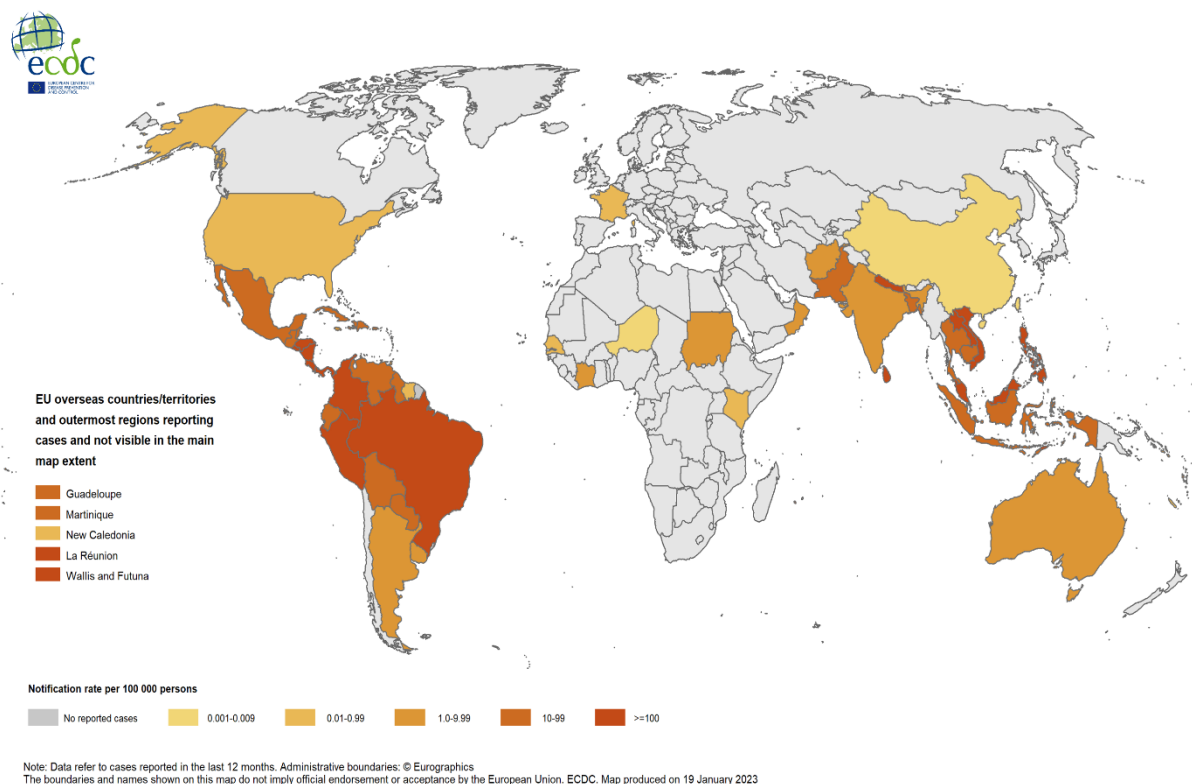
Devido ao aumento dos casos de dengue nas primeiras semanas de 2024, após um ano recorde de notificações, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) emitiu um alerta epidemiológico em 16 de fevereiro de 2024 (ORGANIZAÇÃO

PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2024b). O alerta enfatizou a necessidade urgente de intensificar os esforços de controle do mosquito *Aedes aegypti*. A resposta coordenada seria essencial para mitigar a propagação da dengue e reduzir a mortalidade e morbidade. A cooperação internacional e o investimento em pesquisa, desenvolvimento de vacinas e capacitação de profissionais de saúde seriam, portanto, cruciais para enfrentar essa crescente ameaça à saúde pública nas Américas.

As regiões das Américas, Sudeste Asiático e Pacífico Ocidental são as mais afetadas, registrando surtos que sobrecarregam os sistemas de saúde e resultam em altas taxas de morbidade e mortalidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2024). No entanto, o impacto da dengue vai além dos hospitais e clínicas, pois também reforça discursos sobre o (sub)desenvolvimento dessas regiões. A presença constante da doença reflete os desafios políticos, sociais e econômicos dessas regiões. A luta contra a dengue, então, se insere em um esforço mais amplo para melhorar a qualidade de vida e combater as desigualdades. Ao se deparar com a doença e suas consequências, as vulnerabilidades dessas sociedades acabam em termos de infraestrutura e políticas públicas acabam sendo expostas. Assim, além dos impactos na saúde, a dengue também reflete e agrava desigualdades sociais e econômicas. A propagação da doença está ligada a áreas com infraestrutura inadequada e condições precárias de vida, reforçando discursos de/sobre subdesenvolvimento e intensificando as demandas sociais por melhores condições de saúde.

A Figura 1 ilustra a distribuição geográfica global das notificações de dengue em 2022, destacando Brasil, Nicarágua e Peru como os países com maior incidência da doença.

Figura 1. Distribuição geográfica dos casos de dengue notificados no mundo em 2022



Fonte: European Centre for Disease Prevention and Control (2023).

2.2.1 A dengue no Brasil

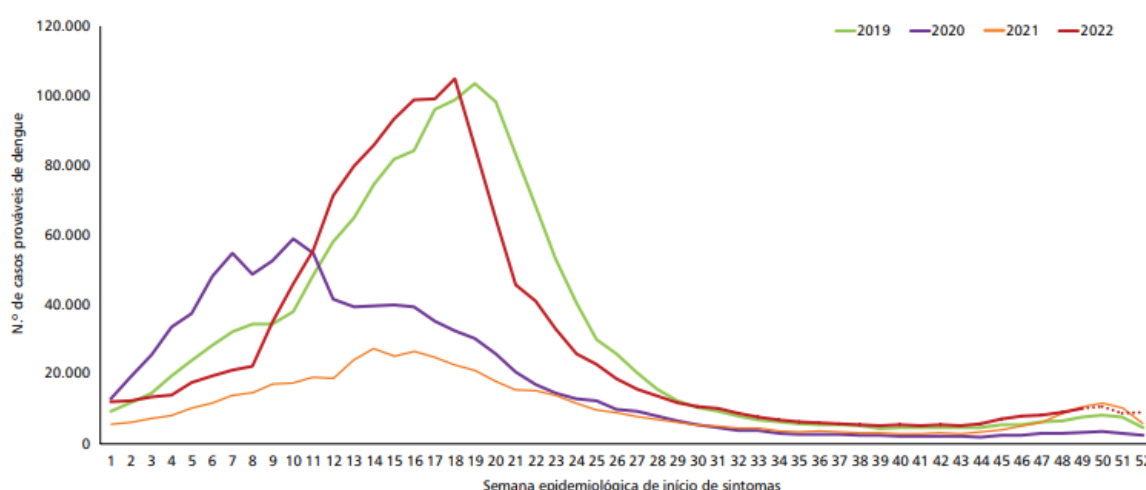
Os primeiros relatos de dengue no Brasil remontam ao final do século XIX em Curitiba, no Paraná e ao início do século XX em Niterói, no Rio de Janeiro. No início do século XX, o principal problema associado ao mosquito *Aedes aegypti* era a febre amarela. Em 1955, o Brasil erradicou o *Aedes aegypti* como parte das medidas de controle da febre amarela. No entanto, com o descuido para com essas medidas na década de 1960, o mosquito voltou a circular pelo país e atualmente está presente em todos os estados brasileiros (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, 2024).

A primeira ocorrência documentada de dengue no Brasil, tanto clínica quanto laboratorialmente, foi registrada em 1981-1982 em Boa Vista, em Roraima, causada pelos vírus DENV-1 e DENV-4. Em 1986, epidemias ocorreram no Rio de Janeiro e em algumas capitais do Nordeste. Desde então, a dengue tem se manifestado de forma contínua no país, tornando-se um problema persistente para a sociedade (INSTITUTO OSWALDO CRUZ, [s.d.]).

Por muitos anos, a dengue foi a arbovirose predominante no Brasil, até a identificação dos primeiros casos de chikungunya em 2014 e da Zika em 2015. Diante do aumento de nascimentos de crianças com microcefalia e sua associação com a infecção pelo vírus Zika, foi declarado no Brasil o estado de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2015) e posteriormente, em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou Emergência em Saúde Pública de Importância Internacional (ESPII) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2016).

No Brasil, a dengue é uma doença de notificação compulsória, sendo obrigatória sua comunicação pelos profissionais de saúde às vigilâncias locais, seja de um caso suspeito ou confirmado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b). As notificações são feitas através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), que permite a inserção e disseminação dos dados de forma on-line, através das informações contidas na ficha de notificação individual (ANEXO II), de forma simultânea às três esferas de governo. Essas informações direcionam as medidas de prevenção e controle da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024b). Na Figura 2, é possível observar as curvas epidêmicas dos casos notificados de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas no Brasil, entre 2019 e 2022.

Figura 2. Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas, Brasil, 2019 a 2022



Fonte: SINAN Online (banco de dados atualizado em 02/01/2023).

Em 2023, a OMS emitiu um alerta sobre o aumento das arboviroses no ano de 2024 em razão das mudanças climáticas ocasionadas pelo *El Niño*, somadas ao

cenário nacional de reaparecimento dos sorotipos DENV-3 e DENV-4, causando uma circulação simultânea dos quatro sorotipos da doença. Devido ao alerta emitido o Ministério da Saúde coordenou uma série de atividades preparatórias para a sazonalidade de 2024 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a).

No Brasil, o número de casos notificados nas primeiras 23 semanas epidemiológicas de 2024 foi de 7,6 milhões e 3.624 óbitos pela doença. No momento da escrita desta dissertação, o Brasil ocupa o primeiro lugar no ranking de países com maior número de notificações da doença em 2024, com 82% do registrado em todo o planeta (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024d; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2024a).

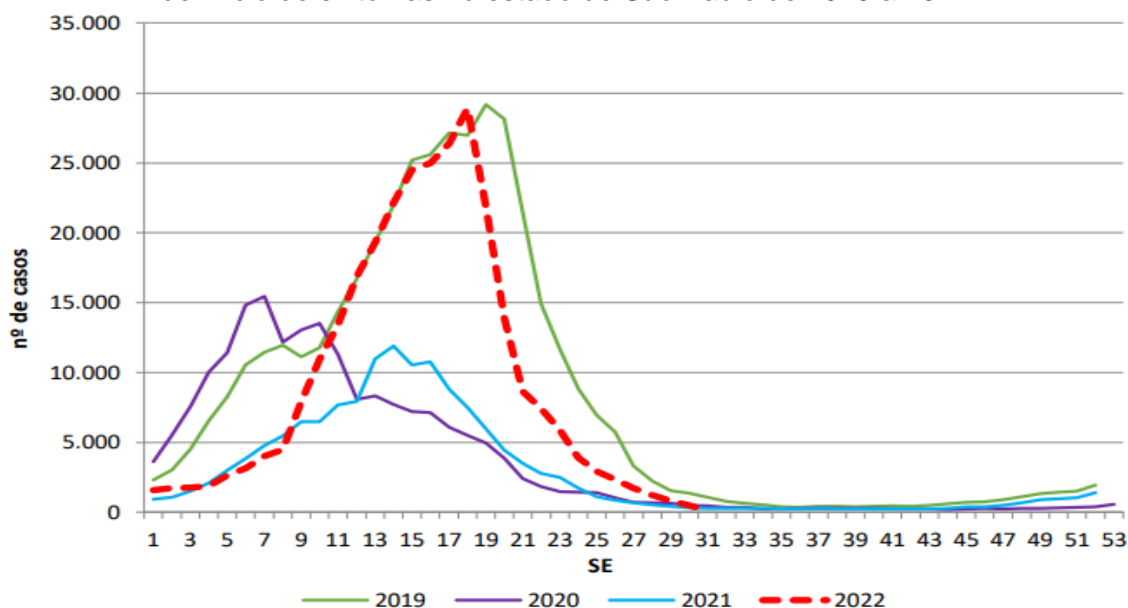
Apesar dos esforços de preparação e resposta coordenada pelo Ministério da Saúde, incluindo atividades preparatórias para a sazonalidade de 2024, os dados mostram um aumento contínuo dos casos de dengue no Brasil. Essas iniciativas permitiram uma análise rápida e detalhada das informações, auxiliando na tomada de decisões e na definição de ações adequadas. No entanto, a incidência da doença continuou a crescer, destacando a necessidade de intensificar as estratégias de controle e prevenção para mitigar os impactos da dengue. A história da dengue no Brasil conta a história de um país que enfrenta desafios para organizar seu sistema de saúde e traduzir as respostas institucionais em melhoras reais das condições de saúde e vida de sua população.

2.2.2 A dengue no estado de São Paulo

A dengue foi documentada pela primeira vez no estado de São Paulo em 1987, nos municípios de Guararapes e em Araçatuba. A primeira epidemia de dengue no estado de São Paulo ocorreu em Ribeirão Preto, no verão de 1990 e 1991. Desde então, o estado tem enfrentado surtos anuais da doença (SÃO PAULO, 2024).

Na Figura 3, as curvas epidemiológicas mostram uma redução considerável dos casos de dengue entre 2019 e 2021. Essa redução, contudo, provavelmente está associada ao isolamento social durante o pico da pandemia de COVID-19 (SANTOS; JOVILIANO, 2023). Em 2022, a curva volta a se assimilar à de 2019 (Figura 3).

Figura 3. Curva epidêmica dos casos prováveis de dengue, por semanas epidemiológicas de início de sintomas no estado de São Paulo de 2019 a 2022



Fonte: SINAN Online (banco de dados atualizado em 5/9/2022).

Com o fim do isolamento social devido à pandemia de COVID-19, houve um aumento de aproximadamente 46% dos casos em 2022 (Figura 3). Este aumento pode ser atribuído à saída das pessoas de suas casas, que possivelmente contribuiu para a retomada da transmissão do vírus da dengue (SANTOS; JOVILIANO, 2023).

No estado de São Paulo, o número de casos notificados nas primeiras 23 semanas epidemiológicas de 2024 atingiu um total de 1.629.959, resultando em 915 mortes confirmadas devido à doença, com mais 1.178 óbitos ainda sob investigação. Este aumento assusta, já que o número de casos em 2024 já superou o dobro do total de confirmações de todo o ano de 2023, que registrou 326.699 casos e 293 óbitos, com 17 mortes em investigação. Esses dados colocam São Paulo como o estado com o maior número de casos notificados de dengue no país, segundo o Ministério da Saúde (SÃO PAULO, 2024). Mesmo com medidas de controle e prevenção ao longo dos anos, a incidência de casos e mortes tem crescido, em particular em 2024, com números recordes de notificações e óbitos.

2.2.3 A dengue na cidade de Luís Antônio

A temperatura ideal para o desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti* situa-se entre 21°C e 29°C (BESERRA et al., 2006). Com suas características climáticas e geográficas, a cidade de Luís Antônio, localizada no interior do estado de São Paulo,

na Região Metropolitana de Ribeirão Preto, é um ambiente propício para a transmissão e disseminação da dengue. Este município, de clima subtropical quente e úmido, possui uma temperatura média anual de 27°C (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

A rede de saúde de Luís Antônio funciona 24 horas por meio da Unidade Mista de Saúde, localizada no centro da cidade, que é a principal referência para diagnóstico e acompanhamento de casos de dengue. Os profissionais das Unidades Básicas de Saúde encaminham os pacientes com suspeita de dengue para essa unidade, quando necessário (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

Para o diagnóstico da dengue, o município dispõe de serviços laboratoriais que realizam coleta e análise de amostras de sangue para testes como NS1, sorologia de dengue, que são encaminhados e analisados pelo Instituto Adolfo Lutz e exames complementares obrigatórios coletados na Unidade Mista de Saúde após atendimento médico, analisados pelo laboratório do Município (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

De acordo com o Plano de Contingência das Arboviroses, a Unidade Mista de Saúde está preparada para lidar com a alta demanda durante epidemias, dispondo de insumos médicos e estrutura para o transporte de casos graves para hospitais regionais por meio da Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS).

A vigilância sanitária realiza inspeções regulares para identificar e eliminar criadouros de mosquitos em locais estratégicos como borracharias e o Ecoponto municipal. Essas ações incluem fiscalização contínua e medidas educativas para a população e proprietários de estabelecimentos (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

O plano também prevê ações de comunicação e mobilização social, utilizando palestras, redes sociais e materiais informativos para educar a população sobre prevenção e controle da dengue. Há capacitação dos profissionais de saúde e uma gestão de recursos com foco no acolhimento e classificação de risco dos pacientes, além de investimentos em treinamento e insumos (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

Mesmo com as ações descritas no Plano de Contingência das Arboviroses, os dados do município de Luís Antônio mostram incidências preocupantes de dengue ao longo dos anos. A seguir, a série histórica de casos confirmados por ano de

notificação, combinados com o tamanho da população, permite visualizar a incidência de dengue por ano, de 2015 à 2021 (Tabela 1).

Tabela 1 Série histórica de casos confirmados de dengue por ano de notificação do Município de Luís Antônio - SP

ANO	CASOS DE DENGUE*	POPULAÇÃO**	INCIDÊNCIA POR 100 MIL HABITANTES
2021	38	15.628	243,2
2020	425	15.292	2779,2
2019	91	14.947	608,8
2018	29	14.021	206,8
2017	6	14.021	42,8
2016	140	13.703	1021,7
2015	436	13.378	3259,1

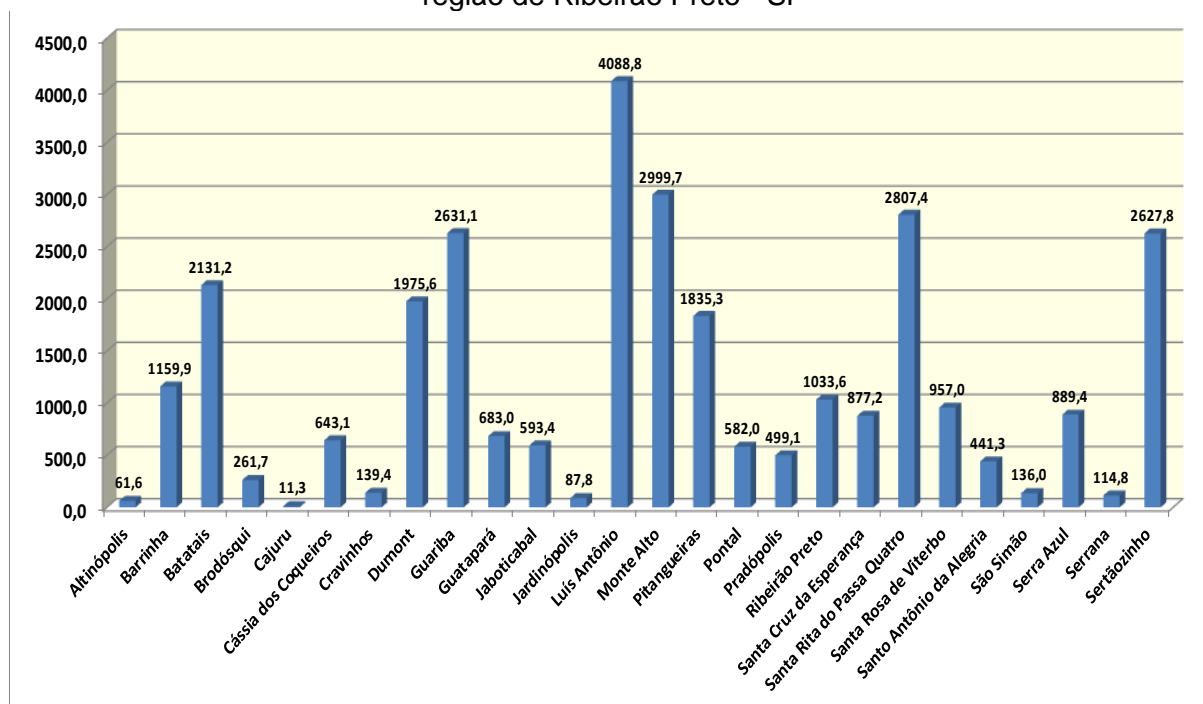
Fonte: Elaboração própria com dados Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS)* e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)**.

As taxas de incidência de dengue em Luís Antônio apresentaram variações, assim como em outras cidades, com anos de epidemias e períodos interepidêmicos. Os anos de 2015, 2016, 2019 e 2020 registraram epidemias, enquanto 2017, 2018 e 2021 podem ser considerados períodos interepidêmicos (Tabela 1). Em 2017, a incidência foi a menor do período 2015–2021, o que pode indicar o sucesso das medidas de controle ou, possivelmente, subnotificação dos casos. No entanto, os números voltaram a subir nos anos seguintes, ressaltando a necessidade de vigilância epidemiológica constante e estratégias de controle do mosquito e conscientização pública.

As variações nos casos de dengue em Luís Antônio mostram a influência de fatores ambientais, sociais e econômicos na proliferação do *Aedes aegypti* e na transmissão da doença. O Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3 (ODS 3) da Agenda 2030 busca garantir uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, com a meta 3.3 estabelecendo a redução da incidência de dengue até 2030 (PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS, 2024). Em 2017, o município atingiu a meta de redução da incidência para 138,43 casos confirmados por 100.000 habitantes, o que pode ser considerado um sucesso. No Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades do Brasil (IDSC-BR), Luís Antônio obteve 55,63 pontos em uma escala de 0 a 100, ocupando a 469ª posição entre os 5.570 municípios brasileiros. No entanto, a alta incidência de dengue, com 5.248,58 casos por 100 mil habitantes no ano X, continua sendo um dos principais obstáculos para alcançar o

ODS 3. Para cumprir a meta 3.3, a incidência de dengue deveria ser reduzida para X, conforme estipulado pelo PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS (2024).

Figura 4. Incidência de casos confirmados de dengue no ano de 2022 por município na região de Ribeirão Preto - SP



Fonte: Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE XXIV Ribeirão Preto (2023).

Conforme a Figura 4, em 2022, Luís Antônio apresentou a maior incidência de casos de dengue na região de Ribeirão Preto (GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – GVE XXIV RIBEIRÃO PRETO, 2023). Os dados mais recentes indicam uma situação preocupante, com 370 casos de dengue registrados nos primeiros cinco meses de 2024. Esse aumento sugere que as estratégias de controle e prevenção atualmente adotadas precisam ser reavaliadas. A elevada incidência de casos no início deste ano reforça a necessidade de uma vigilância epidemiológica rigorosa, aliada a campanhas educativas e à implementação de medidas de controle do mosquito mais eficazes e adaptadas à realidade local da população.

O aumento dos casos de dengue em Luís Antônio, registrado em 2022, exige que se preste atenção aos discursos da população sobre como a doença é enfrentada. Muitas vezes, as pessoas culpam o governo pela falta de ações, enquanto as autoridades também responsabilizam os moradores por não cuidarem bem de suas propriedades. Esse jogo de acusações revela uma dificuldade em coordenar os

esforços para combater a doença de forma eficaz. Além dos números, é importante ouvir o que as pessoas estão dizendo sobre a dengue para ajustar as estratégias de controle e prevenção, respeitando o contexto de cada local.

2.3 POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL E O COMBATE A DENGUE

Políticas públicas são programas e ações estabelecidos pelo Estado para garantir direitos assegurados pela Constituição Federal, promovendo o bem-estar em diversas áreas, como saúde, educação e segurança (FREITAS, 2022). No âmbito da saúde, essas políticas dividem-se em indiretas e diretas. Na saúde, dividem-se em indiretas e diretas. Políticas indiretas abordam fatores determinantes da saúde, como saneamento básico e moradia, enquanto políticas diretas focam em medidas preventivas e ações de fiscalização, incluindo vigilância sanitária e epidemiológica, além do controle de epidemias (MOURA, 2016).

A Lei nº 8080/90, sancionada em 1990, é um marco regulatório na saúde pública brasileira, definindo diretrizes para o Sistema Único de Saúde (SUS), ampliando os direitos assegurados pela Constituição Federal de 1988, que reconheceu a saúde como um direito universal e um dever do Estado (SILVA et al., 2017).

Desde a reintrodução do vetor no Brasil em 1976, diversas iniciativas foram implementadas para combater a dengue. A ocorrência de quatro sorotipos diferentes do vírus trouxe complexidades adicionais, aumentando o risco de casos graves e óbitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a).

Em 1996, foi criado o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), que apesar de não alcançar seus objetivos de erradicação, destacou a necessidade de uma atuação multissetorial e descentralizada, envolvendo os governos Federal, Estadual e Municipal. Este programa fortaleceu as ações de combate ao vetor, mas manteve a prevenção focada no uso de inseticidas, uma abordagem insuficiente para a complexidade epidemiológica da dengue (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

Com o tempo, as estratégias de prevenção evoluíram. No passado, o combate à dengue focava em medidas de controle químico, sem a participação da população, essas abordagens mostraram-se inadequadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em resposta, foi implementado em 2002 o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que incorporou lições das experiências nacionais e internacionais,

ênfatizando a necessidade de mudança nos modelos anteriores (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

O PNCD possui dez componentes, abrangendo ações de vigilância integrada, vigilância entomológica e ambiental, assistência aos pacientes, educação em saúde, comunicação e mobilização social, capacitação dos profissionais, sustentação político-social, monitoramento e avaliação. As ações são integradas à rotina das secretarias municipais de saúde, com suporte dos estados e do Ministério da Saúde quando necessário, sendo que o nível federal assume a maior parte do financiamento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Estas estratégias são interdependentes. Por exemplo, a vigilância epidemiológica pode identificar surtos locais, levando à implementação de medidas de controle de vetores e campanhas de comunicação comunitária, promovendo mutirões de limpeza e sensibilizando a população sobre a importância de manter seus ambientes livres de água parada. Mesmo com a adoção deste programa, a incidência de dengue no país subiu de 389,27 por 100 mil habitantes em 2002 para 691,96 por 100 mil habitantes em 2019, representando um aumento de aproximadamente 78% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024d).

Os fatores relacionados à elevada incidência de arboviroses incluem o desmatamento e a rápida expansão urbana, problemas persistentes desde a década de 1970. É necessário ampliar os esforços e políticas públicas no controle dos vetores e avaliar a eficácia das estratégias já adotadas. Melhorar as condições dos determinantes da saúde, como infraestrutura para coleta e descarte de lixo e saneamento básico, também é prioritário (OLIVEIRA et al., 2023).

A formulação de políticas públicas deve considerar a história e a cultura das regiões afetadas, reconhecendo que as desigualdades socioeconômicas influenciam na eficácia dessas políticas.

Em um estudo realizado em 2021, verificou-se que a renda da população influencia a incidência de dengue, especialmente no acesso a serviços de saúde, moradia e educação. Populações de baixa renda tendem a ignorar os riscos ou a acreditar que a prevenção é responsabilidade exclusiva do governo, resultando na não adoção de medidas preventivas. Em contraste, uma renda mais alta permite melhor aproveitamento dos serviços de saúde e educação, melhorando o status de saúde (MORSCHBACHER et al., 2021).

Compreender os Determinantes Sociais da Saúde possibilita o desenvolvimento de estratégias e ações de superação para o controle e combate à dengue, adaptadas às especificidades regionais (MORSCHBACHER et al., 2021). Além disso, a falta de informação sobre como combater o mosquito *Aedes aegypti* contribui para o aumento dos casos (BEZERRA; MATOS, 2023; MULLIGAN et al., 2015).

A abordagem das políticas públicas de combate à dengue envolve não apenas medidas diretas de controle do mosquito e campanhas educativas, mas também o uso de mecanismos para influenciar o comportamento da população. Nesse sentido, reconhecer que a aceitação dessas medidas está ligada à forma como as ideias e práticas são transmitidas à sociedade. Instituições como escolas e meios de comunicação podem moldar a significação das pessoas sobre a importância da prevenção da dengue. Ao criar um senso de responsabilidade coletiva, essas instituições ajudam a garantir que os cidadãos adotem comportamentos preventivos de maneira voluntária, sem que o Estado precise recorrer a medidas coercitivas. Dessa forma, as políticas públicas se tornam mais eficazes quando articulam estratégias que envolvem tanto a educação quanto o reforço de normas sociais, integrando a participação ativa da sociedade com a fiscalização e aplicação de medidas mais rígidas, quando necessário.

Segundo Althusser, os Aparelhos Ideológicos do Estado — como escolas, igrejas, famílias e mídia — funcionam através da ideologia, enquanto os aparelhos repressivos do Estado, como a polícia e o exército, operam pela coerção. Ambos são necessários para a manutenção do poder do Estado (ALTHUSSER, 1985). As instituições ideológicas moldam o comportamento e a visão de mundo das pessoas, garantindo a aceitação das normas sociais sem o uso da força. Em contrapartida, quando a coerção se torna necessária, os aparelhos repressivos entram em ação para assegurar a manutenção da ordem.

Nas políticas de saúde pública, as instituições que Althusser chama de Aparelhos Ideológicos do Estado, como as escolas e a mídia, desempenham um papel importante ao ensinar a população sobre prevenção de doenças, como a dengue. Elas ajudam a educar a população e a promover comportamentos que tornam desnecessárias medidas punitivas. Ao mesmo tempo, o uso de ações coercitivas, como multas para quem mantém criadouros de mosquitos, também se mostra necessário em algumas situações para reforçar a adesão às práticas de prevenção.

As políticas de saúde pública são aceitas ou rejeitadas com base na significação ideológica da população, e esses mecanismos ideológicos podem ajudar a desenvolver estratégias de comunicação e educação para o controle da dengue, promovendo uma aceitação voluntária das medidas preventivas.

A equidade é um dos princípios fundamentais do SUS, inicialmente vinculada à igualdade de acesso às ações e serviços de saúde para todos os cidadãos. Com o tempo, essa abordagem evoluiu para focar na redução das disparidades sociais e regionais no país. No entanto, são raros os estudos populacionais que analisam as características dessas desigualdades (ALBRECHT; ROSA; BORDIN, 2017).

As políticas de saúde pública precisam considerar os contextos marcados por desigualdade social. O princípio de equidade, busca assegurar que todos tenham acesso justo aos serviços de saúde. No entanto, para que isso seja uma realidade, é preciso estar atento às desigualdades regionais e sociais que dificultam esse acesso. Reconhecer que a vulnerabilidade é uma condição compartilhada por todos, mas que influencia as populações pobres e marginalizadas, revela que as políticas de controle da dengue precisam ir além de soluções técnicas. Elas devem adotar uma abordagem que considere as necessidades sociais e éticas dessas comunidades, promovendo não apenas a prevenção da doença, mas também a redução das desigualdades que as tornam mais expostas à dengue.

Butler argumenta que "a precariedade da vida humana deve ser reconhecida como uma condição compartilhada" (BUTLER, 2019), sugerindo que políticas de saúde devem abordar não apenas as necessidades físicas, mas também as implicações sociais e éticas da vulnerabilidade. Ela enfatiza ainda que "o corpo implica mortalidade, vulnerabilidade, agência: a pele e a carne nos expõem ao olhar dos outros, mas também ao toque e à violência" (BUTLER, 2019), implicando que as estratégias de combate à dengue precisam considerar o impacto da desigualdade social na distribuição da vulnerabilidade. Ao adotar uma abordagem que reconhece a interdependência das vidas e a precariedade compartilhada, as políticas públicas podem promover um senso de responsabilidade mútua e uma resposta compassiva e eficiente à alta incidência da dengue.

Uma mesma política pode produzir resultados distintos em diferentes contextos, pois fatores, como as características da população local, atividades econômicas, formação dos profissionais envolvidos, estrutura institucional, estratégias

de implementação e confiabilidade da liderança política, impactam os resultados (SILVA et al., 2017).

A situação atual das doenças transmitidas por mosquitos, como a dengue, é resultado de decisões políticas, ou da falta delas, especialmente em relação à prevenção. Essas deficiências vão além do campo da saúde, destacando-se os aspectos estruturais, socioeconômicos e ambientais, que são frequentemente ignorados em favor de abordagens focadas apenas em aspectos médicos e tecnológicos (NUNES; PIMENTA, 2016).

Enfrentar a dengue no Brasil exige uma visão ampla que vá além das intervenções médicas, abordando as desigualdades sociais e econômicas que aumentam a vulnerabilidade à doença. Somente assim será possível construir um sistema de saúde mais resiliente e equitativo, capaz de proteger toda a população contra as doenças transmitidas por mosquitos.

2.4 DENGUE E SAÚDE PLANETÁRIA

A dengue ilustra os desafios impostos à saúde planetária, conceito de saúde que considera as interfaces da saúde humana, saúde animal e o contexto ambiental, reconhecendo, assim, que vivemos em um ecossistema interdependente, que precisa estar em equilíbrio para garantir o bem-estar coletivo (WHITMEE et al., 2015).

No Brasil, as mudanças climáticas estão aumentando a incidência de doenças infecciosas como a dengue, resultando em um aumento epidemias que sobrecarregam os sistemas de saúde. O aumento das temperaturas globais favorece a proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, aumentando a taxa de transmissão (FLOSS; BARROS, 2019). Este fenômeno realça a ameaça que as alterações climáticas figuram à saúde humana.

A urbanização acelerada e não planejada resulta em infraestrutura deficiente, com escassez de água potável, sistemas inadequados de resíduos e esgoto, e disposição desorganizada de lixo, criando condições propícias para a reprodução do mosquito (NEIDERUD, 2015).

Fatores ambientais, como o desmatamento e a destruição de habitats naturais, também contribuem para a propagação da dengue. As modificações no ambiente natural, muitas vezes causadas por atividades humanas, aumentam a proliferação do mosquito. Mudanças na temperatura e nos padrões de precipitação influenciam

diretamente a biologia do mosquito, aumentando sua capacidade de transmitir o vírus (FERREIRA; CHIARAVALLI NETO; MONDINI, 2018; VIGLIETTA et al., 2021).

Medidas como a implementação de programas de vigilância integrados e a promoção de infraestrutura sustentável são necessários para mitigar os impactos da dengue (WILDER-SMITH et al., 2017).

O controle da dengue exige uma abordagem integrada que considere aspectos ambientais, sociais e econômicos, promovendo políticas públicas que envolvam mobilização social, educação ambiental, melhorias habitacionais, saneamento básico e medidas para evitar o desmatamento (ALMEIDA; COTA; RODRIGUES, 2020).

Enfrentar a dengue implica na gestão integrada de indivíduos e do ambiente. No âmbito da saúde planetária, não se dissociam seres humanos e natureza; a saúde planetária trata tanto do estado de saúde da humanidade quanto da integridade dos sistemas naturais dos quais dependemos para a subsistência.

Estudar a dinâmica espacial e temporal da dengue é necessário, considerando a sazonalidade, a persistência de epidemias e os padrões de transmissão no espaço urbano. A inseparabilidade da saúde humana, animal e ambiental evidencia que a dengue é uma consequência da desarmonia entre essas esferas, e negligenciá-la acarreta sérios problemas para a saúde pública.

3 MÉTODOS

3.1 NATUREZA DO ESTUDO

Este estudo foi conduzido em duas etapas: uma quantitativa e uma qualitativa. A etapa quantitativa teve como objetivo determinar o bairro com maior incidência de dengue no município de Luís Antônio, no interior do estado de São Paulo (objetivo 1.1). O bairro com a maior incidência de dengue foi o local de estudo para a etapa qualitativa, que teve como foco os processos de significação sobre dengue e de atribuição de responsabilidade de prevenção da doença (objetivos 1.2 e 1.3; respectivamente).

3.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no município de Luís Antônio, localizado na região Noroeste do estado de São Paulo (Figura 5), na Região Administrativa de Ribeirão Preto. Luís Antônio conta com uma área total de 599,26 Km², sendo 587,21 Km² de extensão rural e 12,05 Km² de extensão urbana. O município conta com uma densidade demográfica de 18,85 habitantes/km². Está localizado a 201 km da cidade de São Paulo, capital do estado, e 55 km de Ribeirão Preto, sede da 6ª Região Administrativa do Estado de São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

Figura 5. Localização do município de Luís Antônio, no estado de São Paulo.



Fonte: Abreu, (2006).

Luís Antônio pertence ao Departamento Regional de Saúde (DRS) XIII e ao Colegiado Aquífero Guarani. A história de Luís Antônio é marcada por um fluxo migratório intenso de trabalhadores e seus familiares. Cerca de dois mil moradores da cidade vêm da região norte, nordeste e sudeste do Brasil para trabalhar. O fluxo de migração costuma ser mais intenso entre os meses de maio a dezembro devido a necessidade de mão de obra não especializada, absorvida pela indústria de cana de açúcar. No término da safra de cana de açúcar, esses moradores geralmente não encerram seus contratos de aluguel e tendem a aproveitar sua residência no município para acomodar agregados e familiares para a realização de tratamentos de saúde a nível local e regional. Esta população de migrantes traz consigo suas histórias de vida e de saúde (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

A cidade de Luís Antônio é composta por 24 bairros, conforme indicado no mapa demográfico da cidade (Figura 6). No município de Luís Antônio, o atendimento a pacientes com suspeita de dengue é realizado em três Unidades Básicas de Saúde: "Emílio Serafim", "Eugênio Rosa" e a Unidade de Saúde da Família do "Jataí". A Unidade "Mista de Saúde", localizada no centro da cidade, oferece atendimento de urgência e emergência 24 horas por dia. Nesta unidade, os pacientes são inicialmente triados, e casos graves são encaminhados para Assistência Secundária e Terciária via Central de Regulação de Ofertas de Serviços de Saúde (CROSS), dado que o município não possui leitos hospitalares, apenas leitos de observação clínica. Pacientes com casos de menor gravidade permanecem para tratamento na unidade (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2024).

Figura 6. Mapa de bairros da cidade de Luís Antônio/SP



Fonte: LUIS ANTONIO, 2021.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O município de Luís Antônio conta com aproximadamente 12.265 habitantes, conforme o último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2022). Na primeira etapa da pesquisa – quantitativa – foram incluídos todos os casos de dengue notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), no ano de 2022. Os dados foram obtidos por meio das fichas de notificação e investigação individual de casos suspeitos e confirmados de dengue, fornecidas pela Secretaria de Saúde de Luís Antônio, conforme Anexo II. O ano de 2022 foi o recorte escolhido, uma vez que o último censo do IBGE foi utilizado para o cálculo de incidência de dengue, conforme descrito no item 3.5.

Na segunda etapa da pesquisa – qualitativa – a amostragem foi intencional. O objetivo da amostragem intencional é selecionar as unidades de estudo que gerem os dados mais relevantes, considerando o tema a ser estudado (YIN, 2016). O tamanho da amostra foi determinado pela saturação teórica, suspendendo a inclusão de novos participantes quando os dados começaram a se repetir e não adicionavam novas

informações (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Quando a pesquisadora observou que as entrevistas não estavam mais trazendo novas informações, uma entrevista adicional foi realizada para confirmar a saturação dos dados. No total, vinte (20) moradores do bairro com maior incidência de dengue no município de Luís Antônio foram incluídos na etapa qualitativa deste estudo.

3.4 PRODUÇÃO DE DADOS

3.4.1 Instrumento e protocolo de produção de dados

Para a produção de dados da primeira etapa – quantitativa – do presente estudo, o instrumento foi o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) online (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016). O SINAN é um sistema eletrônico alimentado desde 2010 com as variáveis presentes nas Fichas de Investigação de Dengue e Febre *Chikungunya* (Anexo II). Os dados presentes no SINAN foram obtidos diretamente dos cidadãos ou seus responsáveis, que foram atendidos por profissionais de saúde nos serviços de saúde do município.

O objetivo do SINAN online é promover a inclusão e disseminação de dados referentes aos casos de dengue e febre *chikungunya* em todas as esferas governamentais – municipal, estadual e federal – em tempo hábil para análises e tomadas de decisões com maior eficácia, visando a prevenção e o controle dessas morbidades. O SINAN permite a exportação de dados, em formato DBASE, para análise em outros softwares. Atualmente, é um sistema alimentado e mantido exclusivamente pelo Ministério da Saúde, Unidades Federadas (Secretarias Estaduais de Saúde e Regionais de Saúde) e municípios (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2016).

Na segunda etapa do presente estudo – etapa qualitativa – foi desenvolvido um protocolo de pesquisa de campo específico (Quadro 1) para viabilizar os objetivos de pesquisa descritos no item 1.2 e 1.3. O protocolo de pesquisa de campo funciona como um guia que ajuda o pesquisador a manter o foco e a coerência durante o processo de pesquisa (YIN, 2016). O protocolo do presente estudo foi utilizado para orientar a produção de dados qualitativos, permitindo flexibilidade da pesquisadora para adaptar-se a novas questões emergentes durante a interação com os participantes da pesquisa.

Quadro 1. Protocolo de pesquisa de campo

<p>TEMA A: CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA</p> <ul style="list-style-type: none"> • Como você se apresentaria? • Qual é sua idade? • Há quanto tempo você mora aqui? • Com quem você mora? • Qual a renda mensal da família? • Qual o grau de escolaridade? • Como você se sente em relação a viver aqui? <p>TEMA B: EFEITOS DE SENTIDOS SOBRE DENGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você já ouviu falar sobre “dengue”? • O que vem a sua mente quando ouve a palavra “dengue”? • Você ou alguém que você conhece já teve dengue? Como foi (leve, grave)? Houve algum tipo de tratamento? • O que você pensa que causa a dengue? Como ela é transmitida? • Você fica preocupado quando pensa na possibilidade de pegar dengue? <p>TEMA C: RESPONSABILIDADE NA PREVENÇÃO DE DENGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • Você acha que é possível evitar a dengue? • Quem deve fazer algo para evitar a dengue? • Já te disseram como evitar a dengue? Quem, quando e por quê? Quais/como foram essas orientações? • Você ou quem mora com você faz algo para se proteger da dengue? Deveria(m) fazer? • Você acha que as pessoas do seu bairro fazem algo para se protegerem da dengue? Deveria(m) fazer? • Você acha que você e as pessoas do seu bairro estão suficientemente informadas sobre como prevenir a dengue? • Você tem alguma sugestão para melhorar as estratégias de prevenção de dengue no bairro?
--

Fonte: Elaboração própria.

3.4.2 Procedimento de produção de dados

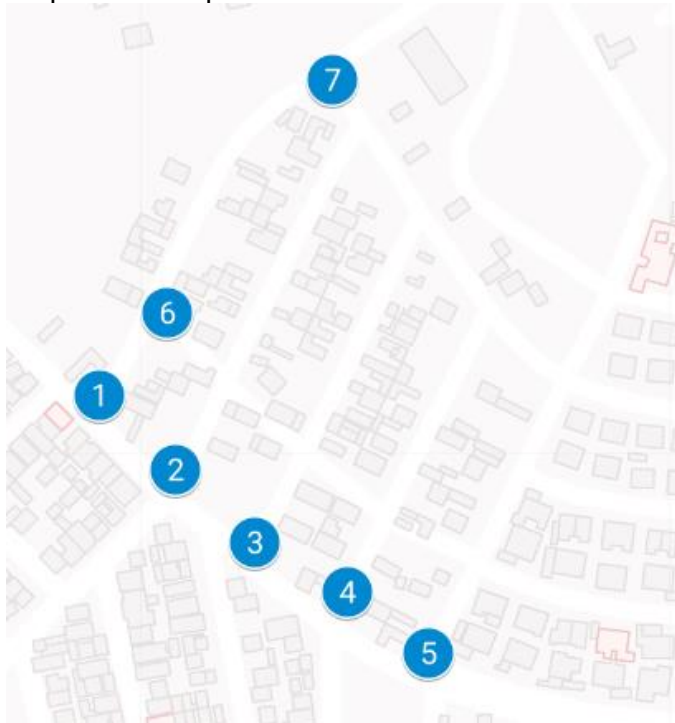
Na etapa quantitativa, as unidades de observação foram todas as notificações de dengue de residentes em Luís Antônio, no ano de 2022, registradas pelo SINAN. Os dados foram acessados após autorização do Secretário Municipal de Saúde de Luís Antônio e do Diretor de Vigilância em Saúde (Anexo III e IV). O Relatório de Lotes com Edificações por Bairro da Prefeitura de Luís Antônio (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2022) foi utilizado para quantificar o número de moradias por bairro, em conjunto com uma estimativa de habitantes por domicílio (IBGE, 2022). O cálculo de incidência de dengue por bairro está descrito no item 3.6 (análise de dados).

Após a identificação do bairro Villa Real II como o local com maior incidência de dengue, conforme estabelecido pela etapa quantitativa, a pesquisadora

responsável por esta pesquisa visitou as residências do referido bairro, convidando os moradores a participar da pesquisa.

Para a organização das visitas, o bairro foi dividido em sete pontos principais, numerados de 1 a 7, conforme mostrado na imagem abaixo, que foi gerada com o auxílio do Google Maps (maps.google.com). Essa numeração orientou a sequência das entrevistas, começando pelo ponto 1, localizado na Rua Duque de Caxias, e prosseguindo de forma ordenada até o ponto 7, que se encontra no final da Rua Joaquim Henrique, conforme a Figura 7.

Figura 7. Sequência dos pontos de entrevistas realizadas no bairro (1-7)



Fonte: Adaptado de Google Maps.

A produção de dados qualitativos se deu por meio de 4 visitas, que ocorreram entre dezembro de 2023 e maio de 2024. Os moradores foram abordados pela pesquisadora, que fez uma breve explanação sobre os objetivos e a relevância da pesquisa, seguido de um convite para a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE I). Apenas um morador por residência foi entrevistado, de acordo com a disponibilidade e interesse dos participantes. Após a leitura do TCLE e o esclarecimento de eventuais dúvidas, a pesquisadora iniciou a gravação de áudio das entrevistas, seguindo o protocolo de

pesquisa de campo (Quadro 1), utilizando o aplicativo Gravador iOS em um iPhone 14 Pro Max, mediante autorização prévia do participante. As entrevistas foram integralmente transcritas e, posteriormente, foi verificado se o material coletado era suficiente e adequado para responder aos objetivos de pesquisa estabelecidos inicialmente (item 1.2), sem a intenção de generalizar as respostas para todos os moradores.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

A análise dos dados quantitativos foi realizada por meio de estatística descritiva. Para determinar a incidência de dengue por bairro no município de Luís Antônio, utilizou-se o número de casos notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) em 2022 e a média de 2,94 habitantes por domicílio (IBGE, 2022), multiplicada pelo número de casas para cada bairro, conforme o Relatório de Lotes com Edificações por Bairro da Prefeitura de Luís Antônio (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2022). Assim, a incidência de dengue por bairro foi calculada dividindo o número de casos de dengue por bairro pela sua respectiva população estimada e multiplicando o resultado dessa divisão por mil ($(\frac{\text{casos}}{\text{população}}) \times 1000$). Este cálculo foi realizado utilizando o *Google Planilhas* (<https://docs.google.com/spreadsheets>). Além disso, uma análise descritiva secundária das notificações de dengue registradas em 2022 foi realizada utilizando o aplicativo Power BI (<https://app.powerbi.com>), o que permitiu visualizar a distribuição das notificações ao longo do ano, além de variáveis como sexo, faixa etária, sintomas e internações.

A análise de dados da etapa qualitativa foi baseada nos princípios e procedimentos da Análise de Discurso (ORLANDI, 2015). A análise qualitativa foi conduzida com base nos princípios da Análise de Discurso de Orlandi (2015). Enquanto os dados quantitativos são números objetivos coletados por observação, na Análise de Discurso, os fatos são vistos como construções simbólicas, moldadas historicamente e discursivamente. As conversas com os moradores do bairro com maior incidência de dengue foram gravadas, transcritas pela pesquisadora usando o *Google Docs* (<https://docs.google.com>). As transcrições foram analisadas sob a

perspectiva de que o discurso se constitui como "efeitos de sentido entre locutores" (ORLANDI, 2015).

Nesta pesquisa, os dados se transformam em fatos à medida que são interpretados dentro de um contexto social, cultural e histórico. Os dados quantitativos fornecem uma visão objetiva das notificações de dengue, enquanto os fatos emergem dos discursos dos moradores, que refletem suas experiências com a doença e a atribuição de responsabilidades. O dispositivo analítico foi construído a partir do contato da pesquisadora com seu objeto de análise (as transcrições). Conforme Orlandi (2015) destaca, "[c]ada material de análise exige que seu analista, de acordo com a questão que formula, mobilize conceitos que outro analista não mobilizaria, face a suas (outras) questões".

Assim, a análise discursiva não se limita à interpretação dos dados brutos, mas explora como os discursos dos entrevistados constituem fatos simbólicos, que expressam posicionamentos ideológicos e históricos. A análise dos discursos buscou compreender o funcionamento discursivo a partir do seu contato com o objeto de análise, interrogando como tal funcionamento produz efeitos de sentidos sobre dengue e como os sujeitos se posicionam no/via discurso na atribuição de responsabilidade sobre a prevenção da doença. Os dados quantitativos, como o número de casos e a incidência, complementam a análise dos fatos, que representam as interpretações construídas pelos sujeitos em seus discursos.

Dessa forma, a pesquisa articula dados e fatos: os dados quantitativos identificam padrões numéricos e fornecem um panorama epidemiológico, enquanto os fatos, oriundos da análise discursiva buscou compreender o funcionamento discursivo a partir do seu contato com o objeto de análise, interrogando como tal funcionamento produz efeitos de sentidos sobre dengue e como os sujeitos se posicionam no/via discurso na atribuição de responsabilidade sobre a prevenção da doença. Essa articulação possibilita não apenas a compreensão da situação epidemiológica da dengue, mas também o entendimento dos processos discursivos que moldam a significação e a responsabilização no contexto local.

3.6 ASPÉCTOS ÉTICOS DA PESQUISA

A pesquisa foi autorizada pelo Secretário da Saúde do município de Luís Antônio - SP (Anexo III) e pela Diretora de Vigilância à Saúde (Anexo IV), além de ter

sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da UNAERP CAEE 69290623.8.0000.5498 sob parecer nº 6.254.783 (Anexo V). A coleta de dados foi realizada após os participantes concordarem e assinarem o TCLE (Apêndice I).

3.7 CRITÉRIOS DE SUSPENSÃO OU ENCERRAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa seria suspensa apenas diante da percepção de algum risco ou danos aos sujeitos da pesquisa, ou diante de outro estudo que tivesse os mesmos propósitos e apresentasse superioridade metodológica. No entanto, não foi necessário suspender a pesquisa.

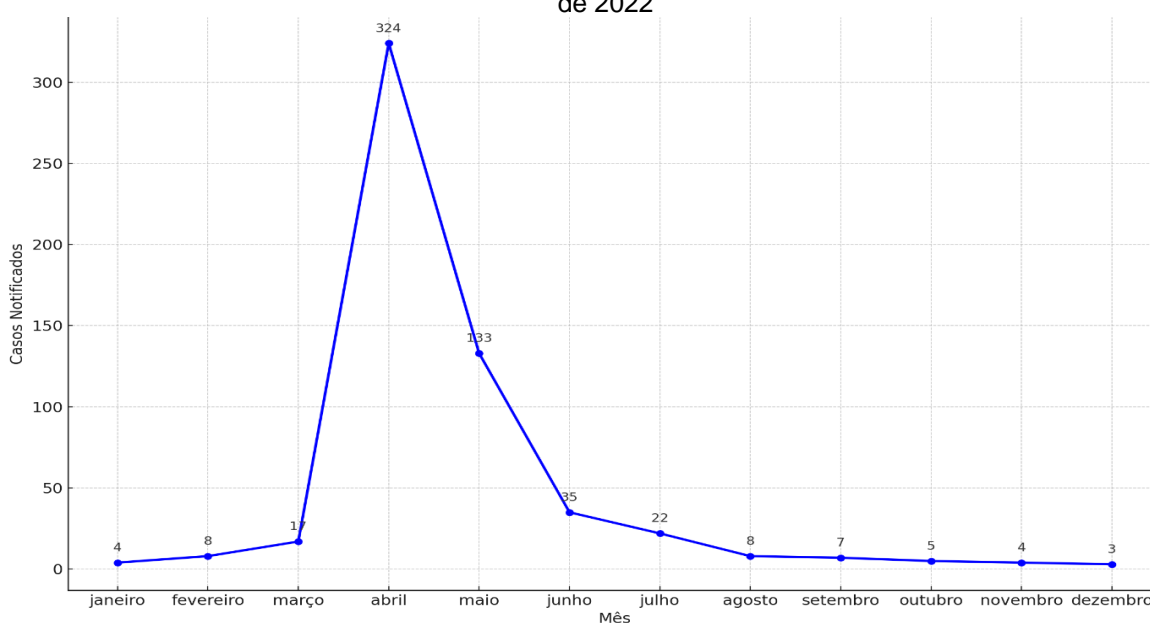
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 INCIDÊNCIA DE DENGUE EM LUIS ANTÔNIO

No ano de 2022, foram notificados 774 casos de dengue no município de Luís Antônio, dos quais 724 (93,53%) foram confirmados e 50 (6,46%) descartados. Entre os casos confirmados, 159 (21,96%) foram verificados por exame laboratorial, 485 (66,99%) pelo critério clínico-epidemiológico, 77 (10,63%) não possuíam dados completos no sistema e 1 caso (0,14%) permaneceu em investigação. Resultando em uma taxa de incidência de 6.307,4 casos por 100.000 habitantes. Considerando que a incidência é classificada como alta quando há mais de 300 casos de dengue a cada 100.000 habitantes, média entre 101 e 299 casos a cada 100.000 habitantes, e baixa quando há menos de 100 casos a cada 100.000 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002), situando Luís Antônio acima desse limiar durante o ano avaliado.

O pico de incidência foi observado em abril, com 324 casos (44,75%), destacando a influência da sazonalidade, marcada pelos meses mais quentes e úmidos — de janeiro a maio — que são propícios para a reprodução do vetor *Aedes aegypti* (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2024a), conforme figura 8.

Figura 8. Distribuição mensal dos casos notificados de dengue no município de Luís Antônio no ano de 2022



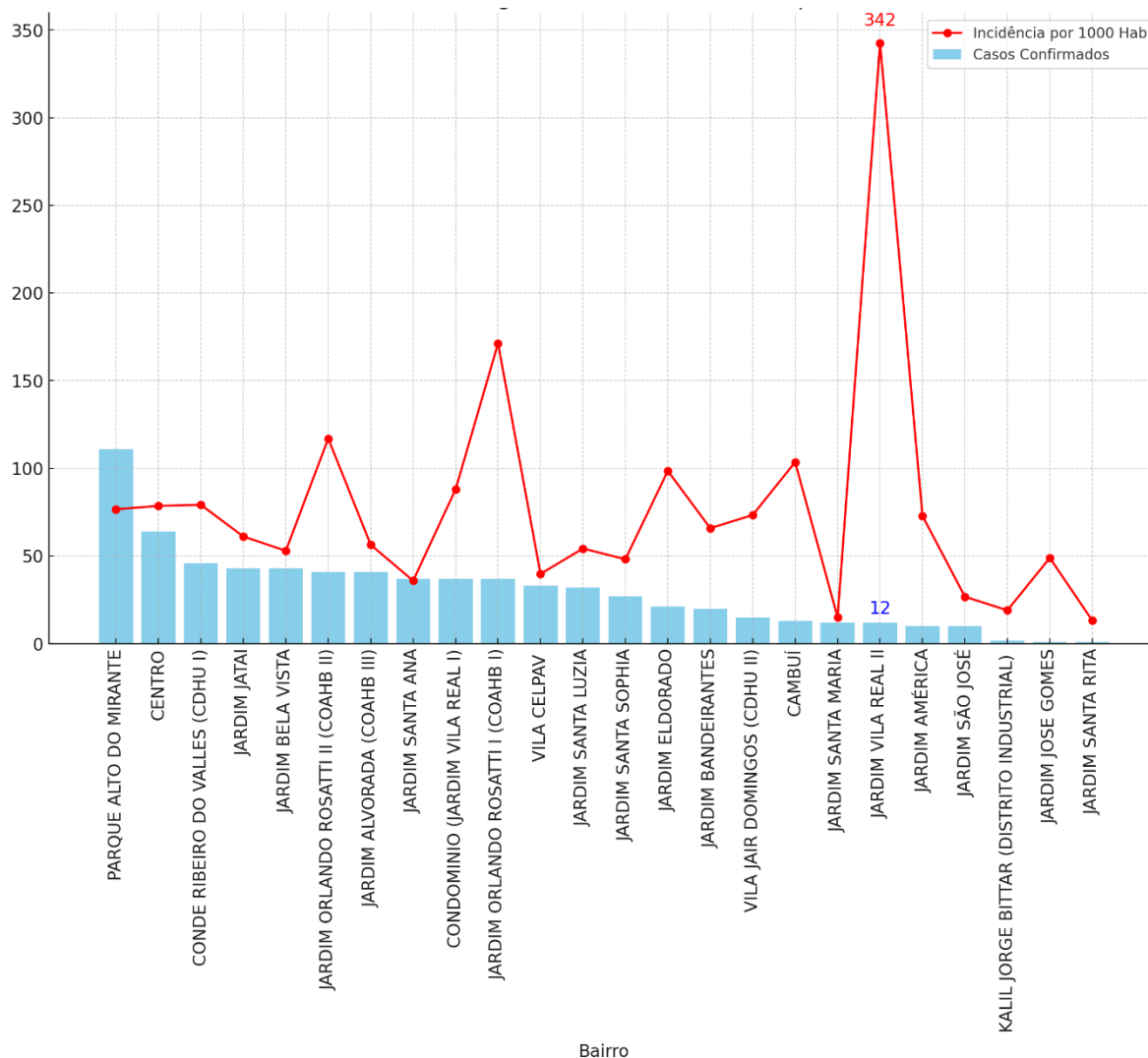
Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

A distribuição dos casos de dengue entre os sexos foi relativamente equilibrada, com 51,93% dos casos confirmados ocorrendo em indivíduos do sexo feminino e 48,07% em indivíduos do sexo masculino. Ao analisar a distribuição dos casos de dengue por faixa etária, observou-se uma predominância entre adultos de 21 a 40 anos (231 casos, 31,91%) e de 41 a 60 anos (238 casos, 32,87%).

Dos 724 casos confirmados de dengue em Luís Antônio em 2022, 20 (2,76%) necessitaram de internação. A maioria dos casos de dengue registrados em 2022 evoluíram para cura e não necessitaram de internação. Estes achados corroborando outros estudos que apontam que o agravamento da doença, a necessidade de internação e a mortalidade por dengue são baixas. Porém, o impacto econômico das epidemias de dengue é substancial. Em Ribeirão Preto, os custos relacionados a recursos humanos, medicamentos, materiais e serviços de saúde somaram R\$ 15,5 milhões nos anos epidêmicos (SILVA et al., 2024; WILDER-SMITH; MURRAY; QUAM, 2013).

É importante considerar que os dados disponíveis referem-se apenas aos pacientes internados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, não foi possível saber se pacientes com dengue confirmado foram internados em hospitais particulares. Apenas um óbito foi registrado. A análise geográfica da distribuição de casos de dengue por bairro em Luís Antônio revelou que, em números absolutos, o bairro "Parque Alto do Mirante" apresentou 111 casos (15.33%), enquanto "Jardim Santa Rita" e "Jardim José Gomes" registraram apenas um caso cada. Embora esses dados sejam importantes para identificar os focos de transmissão, é necessário complementá-los com a taxa de incidência para uma compreensão do risco relativo a que estão expostas as populações. A incidência de dengue por bairro está apresentada na Figura 9.

Figura 9. Casos Confirmados de Dengue e Taxas de Incidência por Bairro no município de Luís Antônio em 2022



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

O bairro Jardim Vila Real II apresentou a maior incidência de dengue comparado aos outros bairros de Luís Antônio. O bairro Jardim Vila Real II teve seu loteamento aprovado pelo Decreto Municipal nº 1.606 de 07 de abril de 2015. Este decreto oficializou o desenvolvimento do bairro, detalhando as responsabilidades da empresa Solaris Participações e Empreendimentos Ltda. na execução das obras de infraestrutura. A aprovação do loteamento seguiu todas as exigências e legislações pertinentes, com pareceres favoráveis dos órgãos implicados, como a Companhia Ambiental do Estado de São Paulo e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO, 2015).

A alta incidência no bairro "Jardim Vila Real II" pode ser atribuída a diversos fatores. Para entender melhor as causas subjacentes e desenvolver estratégias de intervenção seria necessário realizar estudos adicionais. Parte dessa investigação envolve dialogar com a população local para identificar os fatores que contribuem para a alta incidência e elaborar medidas de controle e prevenção mais eficientes.

Como enfermeira na vigilância epidemiológica do município, é possível afirmar que, até então, a vigilância nunca havia contado com dados detalhados sobre a quantidade de pessoas residentes por bairro, o que dificultava uma análise precisa da dengue. A etapa quantitativa deste estudo, portanto, proporcionou uma contribuição relevante, ao revelar a distribuição de casos por bairro e preencher uma lacuna nas informações municipais.

Assim, os resultados quantitativos desta pesquisa podem orientar as práticas da vigilância epidemiológica e da Secretaria de Saúde, oferecendo um referencial para futuras investigações epidemiológicas por bairro ou unidades "submunicipais". A identificação precisa de bairros ou unidades territoriais com maior incidência de dengue permitiria uma melhor alocação de recursos e esforços para prevenção e controle.

4.2 DENGUE EM DISCURSO

Na etapa qualitativa da presente pesquisa, o objetivo foi compreender os processos de significação e atribuição de responsabilidade em relação à dengue nos discursos. Essa investigação foi construída durante as entrevistas realizadas com vinte moradores do bairro com maior incidência de dengue no município de Luís Antônio: Jardim Vila Real II. A análise dos discursos revela que as experiências pessoais e sociais dos sujeitos moldam a significação da doença e a atribuição de responsabilidades, tanto para si mesmos quanto para as autoridades.

O Relatório de Lotes com Edificações por Bairro inicialmente indicava a existência de 12 residências no Jardim Vila Real II. No entanto, ao iniciar as entrevistas, foi constatado que o número real de residências era maior, totalizando 33 casas conforme contagem realizada pela pesquisadora.

Essa constatação destaca a relevância das visitas locais e da coleta de dados primários na atualização e verificação das informações demográficas e de

infraestrutura do bairro. A depender exclusivamente dos dados oficiais, corre-se o risco de uma compreensão imprecisa da realidade local, o que pode comprometer a eficácia das estratégias de saúde pública.

No caso específico da dengue, essa divergência afeta a análise da incidência da doença. Com base nos 12 domicílios relatados, a incidência de dengue foi calculada em 342 casos por 1.000 habitantes. No entanto, ao ajustar esse cálculo para as 33 residências existentes, a incidência cai para 124 casos por 1.000 habitantes. Essa diferença sugere que o risco real pode ser menor do que o inicialmente estimado, o que tem implicações para o planejamento e a implementação de políticas de prevenção

Essa diferença entre os dados oficiais e os fatos observados em campo evidencia a necessidade de manter um monitoramento contínuo e atualizado das condições locais. Ao recalcular a incidência de dengue com base na realidade observada, o estudo oferece uma compreensão mais precisa dos desafios enfrentados pelo bairro.

Além disso, o aumento no número de residências entre 2022 e 2024, não capturado pelos dados oficiais, pode indicar um crescimento populacional, se esse crescimento não for acompanhado por melhorias na infraestrutura, como saneamento básico adequado e controle dos focos de mosquito, o risco de transmissão da dengue pode aumentar. Portanto, garantir que os dados sejam atualizados e que as condições locais sejam monitoradas para que a implementação de medidas preventivas atenda às necessidades da comunidade.

4.2.1 Efeitos de sentido sobre dengue

Os enunciados dos moradores revelam que os processos de significação atribuída à dengue vão além de uma doença transmitida por mosquito. Através da análise de discurso, é possível perceber como a dengue é significada tanto no âmbito físico (discurso clínico) quanto nas implicações socioeconômicas (discurso capitalista). A investigação desse funcionamento discursivo foi realizada a partir da coleta e interpretação dos enunciados, considerando o contexto social e histórico em que eles se produzem.

Essas significações se manifestam nas falas dos moradores ao relatarem suas experiências com a doença e a forma como ela afeta o cotidiano.

A dengue é uma doença triste.

– Participante A

É uma doença triste. A maioria do pessoal que já pegou sofreu muito com isso daí.

– Participante C

A dengue como uma "doença triste" foi uma repetição que chamou atenção nas falas dos moradores. Essa repetição nos permite reconhecer como a dengue, para além dos sinais e sintomas descritos nos relatórios de saúde e na literatura acadêmica, envolve uma experiência emocional negativa. Essa vivência reflete as dificuldades que os moradores enfrentam, não apenas pelos sintomas físicos, mas pelas perdas e desafios que a dengue trouxe à comunidade.

O que atrela os efeitos de sentido sobre a dengue às experiências emocionais, demonstrando que, para os moradores, a dengue não se limita a ser uma condição de saúde, mas um fenômeno que mobiliza experiências de dores e perdas, o que atrela os efeitos de sentido sobre dengue às experiências afetivo-emocionais.

A gravidade e letalidade da dengue são efeitos de sentido por meio de relatos de sofrimento e perda de familiares, o que atrela os discursos sobre dengue às vivências de luto. O desconforto emocional fica evidente na fala de moradores, demonstrando que os discursos sobre a dengue atualizam sentidos a partir de memórias e experiências anteriores.

Eu já perdi um primo e ele morreu por causa de dengue, a dengue é muito grave, ela mata.[...] Me arrepio de pensar.

– Participante D

As memórias das dores e perdas atreladas a vivências anteriores de dengue, em si ou em entes queridos, se manifestam no corpo dos moradores do Jardim Vila Real II. A seriedade com que falam sobre o medo de contrair a doença, o arrepio, participam dos processos de significação da doença. Nessa perspectiva, a memória discursiva, como definida por Eni Orlandi, refere-se à evocação de fragmentos do passado que, mesmo esquecidos, continuam a influenciar o presente. Ela é construída

pela repetição de enunciados e escolhas feitas pelo sujeito, moldando a forma como ele fala e entende o mundo.

Nesse enunciado, o medo da dengue é intensificado pela lembrança de uma perda pessoal. A expressão "me arrepio de pensar" revela que essa memória está atrelada nas emoções e até no corpo do sujeito. Esse tipo de reação física ao lembrar da doença mostra que o enunciado não é apenas uma memória de uma experiência passada, mas uma forma de como a dengue continua a ser vivida como uma ameaça. Esse medo, associado à perda de um ente querido, constrói um efeito de sentido em que a dengue é percebida como algo que traz perigo e morte, afetando a maneira como os sujeitos significam a doença. Assim, os efeitos de sentido dos enunciados dos moradores produzem também uma espécie de universalização da preocupação de contrair a doença, indicando um entendimento compartilhado dos riscos e das consequências da dengue.

Fico muito preocupado.

– Participante G

Meu Deus do céu, quem não fica [preocupado]?

– Participante A

Sim, ainda mais que eu tenho três crianças. Tenho muito medo.

– Participante F

Olha, dengue, graças a Deus, eu nunca peguei não e nem quero. E não desejo para os outros pegarem não.

– Participante D

Essa "universalização" da preocupação em contrair a dengue é um efeito de sentido criado pela memória discursiva, que conecta experiências passadas e expectativas futuras. As falas dos moradores revelam como eles se posicionam diante dos riscos da dengue, evidenciando a relação entre subjetividade e ideologia, onde a significação da dengue como uma doença perigosa é compartilhada. Mesmo aqueles que nunca tiveram a doença expressa alívio por não ter sido infectado, mas também demonstra o medo de contraí-la. A maneira como o sujeito expressa seu desejo de não contrair dengue indica que a doença é vista como algo indesejável e perigoso,

algo que os sujeitos querem evitar. Essa fala mostra que, para os sujeitos, a dengue é mais do que uma infecção passageira.

Embora os participantes enfatizem a necessidade de precaução, eles hesitam ao tentar descrever a dengue de forma precisa. Embora não tenham sido solicitados a fornecer uma definição da doença, os modos de significá-la são variados. A partir da análise dos enunciados, foi possível identificar a significação que pode ser descrito como uma formação discursiva clínica.

Esses enunciados evidenciam que a dengue é significada pelos sujeitos por meio dos sintomas físicos, característicos de abordagem clínica. Termos como "péssimo", "horrível" e "morrer" reforçam a gravidade do sofrimento físico relatado e indicam que, para os moradores, a doença não é apenas um fenômeno biológico, mas uma experiência, associada à sensação de risco à vida. A descrição nos discursos analisados permitiu identificar uma formação discursiva clínica.

É péssimo. Da dor no corpo, dor no olho. É horrível.

– Participante B

Ah, é horrível. Eu já peguei e não desejo pra ninguém. Péssimo. Péssimo. Nossa, parece que a gente vai morrer.

– Participante H

A dengue é tomada não apenas como um evento passageiro, mas uma marca que continua participando da história do sujeito, uma parte de sua realidade cotidiana, devido à sua reincidência e à gravidade dos sintomas. Por exemplo, um dos entrevistados afirmou: 'Já tive dengue três vezes, e em todas as vezes foi horrível'. Esse tipo de relato reforça a ideia de que a doença não é uma preocupação momentânea, mas uma constante no dia a dia da comunidade, mantendo os moradores em estado de alerta. Essa significação é influenciada pela memória discursiva de experiências anteriores, que molda a forma como a doença é significada no presente.

Eu ia saber que eu pegava ela duas vezes? Achava que pegava uma vez só.

–Participante D

Já, que eu já peguei três vezes. A primeira eu quase morri.

– Participante E

Ao dizer “toma remédio até hoje”, o sujeito está a tomar a dengue como uma condição que ultrapassa seu período de manifestação aguda, como algo que se tornou parte de sua vida cotidiana. A possibilidade de reinfecções e a gravidade dos sintomas, moldam a significação da doença como uma ameaça constante (de reinfecção) com potencial de levar à morte.

Durante a dengue... Começou a me dar pressão alta e depois não parou mais, tomo remédio até hoje.

– Participante G

As formações discursivas identificadas nas falas dos moradores refletem diferentes formas de significar a dengue. A formação discursiva clínica emerge nas falas que descrevem os sintomas da doença e o sofrimento associado a ela, como no caso do Participante H, que mencionou: “É horrível, parece que vai morrer”. Já a formação discursiva capitalista, onde processos de significação da dengue estão atrelados à incapacidade de manter em um certo funcionamento enquanto se está com dengue, incapacidade de trabalhar, como exemplificado pela fala do Participante G: “Se eu pegar dengue, não vou conseguir trabalhar”. Esses discursos demonstram como a dengue é posicionada em diferentes eixos discursivos que envolvem tanto o corpo quanto a funcionalidade do sujeito.

Perguntei ao participante se ele se preocupava com a possibilidade de contrair dengue, e ele respondeu destacando como a doença afetaria sua capacidade de trabalhar, ressaltando a limitação que isso traria.

Porque eu fico praticamente incapaz de fazer qualquer coisa. Se eu pegar dengue, vou ter que parar e não vou conseguir trabalhar.

– Participante

Costa et al. (2018) observam que “as atitudes da população na prevenção da dengue são influenciadas pelas percepções individuais e coletivas sobre o risco da doença, mediadas pelas experiências da vida cotidiana; por elementos da cultura” (COSTA; COSTA; CUNHA, 2018).

Assim, a ideologia, enquanto processo de produção de evidência (Orlandi, 2015), torna "evidente" que os sujeitos precisariam se manter funcionais. "Ficar parado", mesmo que "doente", seria então um problema. Numa formação ideológica capitalista, a manutenção de uma certa funcionalidade, participa das condições de produção de discursos e torna possível uma formação discursiva aqui denominada funcionalista. Tal formação discursiva contrapõe "doença" e "trabalho", toma o sujeito doente como "incapaz", "parado". Assim, estar saudável equivaleria a se manter trabalhando.

A organização das análises seguiu um processo de categorização dos enunciados, identificando os temas centrais, como a gravidade da doença e a incapacidade funcional que ela provoca. As formações discursivas clínica e capitalista foram extraídas das falas dos sujeitos, que descreveram tanto os efeitos físicos da doença "parece que vai morrer" quanto a sua interferência no trabalho "não vou conseguir trabalhar". Essa categorização permitiu uma compreensão mais clara dos efeitos de sentido que emergem nas falas dos moradores, revelando como a dengue é inserida nas práticas cotidianas e quais são os seus impactos sociais.

4.2.2 Atribuição de responsabilidade na prevenção da dengue

Os processos discursivos, como explica Eni Orlandi (2015), referem-se à maneira como os sentidos são construídos e reproduzidos através da linguagem, moldando as interações entre os sujeitos e a sociedade. No contexto da prevenção da dengue, esses processos de atribuição de responsabilidade relacionados à prevenção de dengue revelam uma rede de significações que envolvem sujeitos, a comunidade do bairro e instituições governamentais. A responsabilidade pela prevenção e controle da dengue no bairro, portanto, seria algo compartilhado.

A gente faz o que pode, né? Tipo, as plantas nós não deixamos com vasinho. As garrafas se tiver virada a gente vira de cabeça pra baixo.

– Participante B

Aqui, o sujeito utiliza expressões como "a gente faz o que pode", indicando uma percepção de responsabilidade individual e comunitária. A ação descrita, como virar garrafas para evitar o acúmulo de água, reflete uma prática associada às campanhas

de saúde pública, mostrando que os sujeitos incorporam e aplicam o conhecimento disseminado por essas campanhas. Esse enunciado revela o efeito de sentido de que a responsabilidade é limitada pelas condições e recursos disponíveis, mas que há um esforço ativo de participação.

Colocar detergente no... Ai, como fala? Na gavetinha da geladeira.

– Participante E

Esse enunciado reforça a ideia de responsabilidade cotidiana. O uso de detergente, uma prática simples, mas eficaz, demonstra que o sujeito internalizou uma solução prática para o controle do mosquito da dengue. A hesitação na fala ("como fala?") pode sinalizar uma familiaridade prática com a prevenção, mesmo que nem sempre articulada com precisão, o que evidencia a ação concreta sobre o discurso aprendido.

Não deixando a água parada, limpando o potinho da geladeira.

– Participante F

Mantenho o quintal limpo, evito a água parada. Tampe os ralos.

– Participante G

Ah, não deixar a água parada. Vaso de plantas com areia, pneu, manteu o quintal limpo.

– Participante H

Os enunciados dos participantes demonstram como os sujeitos adotam medidas preventivas no dia a dia, refletindo a assimilação das mensagens das campanhas de saúde pública. Segundo Lefèvre et al. (2007), os discursos da população estão alinhados com as campanhas de controle da dengue, o que demonstra coerência entre o conhecimento disseminado e as práticas adotadas (LEFÈVRE et al., 2007), mostrando coerência entre o conhecimento disseminado e as práticas adotadas. Esses enunciados corroboram que os sujeitos não apenas reproduzem o discurso oficial, mas o transformam em ações concretas, o que confirma seu papel como agentes ativos na prevenção da doença.

Além da responsabilidade individual, os enunciados dos participantes produzem efeitos de sentido que indicam que a prevenção da dengue é vista como

um esforço coletivo, compartilhado entre a comunidade e as autoridades. Segundo Eni Orlandi (2015), o enunciado transcende sua forma linguística, sendo determinado por suas condições de produção e pelos efeitos de sentido produzidos, assim, o sentido de um enunciado não está apenas em seu conteúdo, mas também nas relações entre o que é dito, como é dito, quem enuncia, para quem se enuncia e o contexto em que se insere. Nesse caso, os enunciados refletem a compreensão de que a responsabilidade pela prevenção deve ser partilhada, conectando-se à memória de outros discursos que destacam a necessidade de ação coordenada.

Todo mundo. Não só os governantes, como a população também.

– Participante B

Este enunciado articula a ideia de uma responsabilidade coletiva, onde "todo mundo" está envolvido, e reforça a noção de que o papel da comunidade é fundamental, mas não suficiente sem o apoio das autoridades. A construção discursiva aqui sugere que a prevenção da dengue é um compromisso mútuo entre cidadãos e governo.

A população que pode evitar. A prefeitura pode dar um apoio também.

– Participante C

O uso de "também" indica que, embora os sujeitos reconheçam sua parte no processo de prevenção, há uma expectativa de que o governo desempenhe um papel complementar e igualmente essencial. A combinação entre responsabilidade pessoal e apoio institucional reflete a articulação de diferentes discursos que enfatizam a necessidade de colaboração.

A população, o governo, cada um da sua residência cuidando cada um do seu.

– Participante J

Nesse enunciado, a responsabilidade é dividida de forma clara: cada agente, seja a população ou o governo, deve cuidar de sua parte. A visão de que a prevenção deve ser realizada em conjunto reforça a importância de um esforço coordenado, onde as ações individuais e coletivas se complementam.

Esses enunciados mostram que os sujeitos veem a prevenção da dengue como uma responsabilidade compartilhada entre a comunidade e as autoridades. Essa visão está alinhada com estudos que mostram que, embora o envolvimento da comunidade seja importante para promover práticas preventivas, os sujeitos reconhecem que isso não basta sem o apoio das instituições (SULISTYAWATI et al., 2019). Assim, os efeitos de sentido gerados pela combinação da mobilização comunitária com o suporte das autoridades são formados a partir da interação entre os discursos oficiais das campanhas de saúde e as práticas cotidianas dos moradores, resultando em uma significação onde o esforço conjunto é visto como o melhor caminho para o controle da doença.

Os moradores expressam uma expectativa de que o governo assuma um papel de liderança na prevenção da dengue, como evidenciado na metáfora “o governo é o cabeça lá de dentro”, refletindo uma interpretação que valoriza a intervenção estatal, muitas vezes terceirizando a própria responsabilidade.

A população, o governo. Exatamente. Porque o governo é o cabeça lá de dentro. Ele tem que jogar aqui fora para o outro cabeça aqui tomar posse aqui.

– Participante D

Neste enunciado, a metáfora "cabeça lá de dentro" foi interpretada a partir da noção de que o governo é visto como responsável pela liderança na prevenção. A forma como o participante estrutura sua fala demonstra que ele vê o governo como um agente central para as decisões, o que desloca a responsabilidade direta dos moradores para o poder público. A análise foi construída ao observar que o uso da metáfora coloca o governo como organizador das ações, enquanto os moradores agem a partir das instruções recebidas. Essa forma de expressão foi identificada como uma maneira de justificar a expectativa de ação estatal, característica dos discursos que refletem uma dependência institucional.

No entanto, as autoridades não têm a capacidade de fiscalizar cada residência diariamente, o que torna essencial a colaboração ativa dos moradores para o controle da doença. Estudos como o de Kumaran et al. (2018) apontam que quando a população acredita que a responsabilidade pela prevenção recai apenas sobre o governo, há uma tendência a menor engajamento nas ações individuais de controle

de vetores, mesmo que as pessoas entendam os benefícios dessas medidas (KUMARAN et al., 2018).

Os enunciados sobre a atribuição de responsabilidade às instituições mostram que os sujeitos esperam uma ação governamental ativa e eficiente, revelando um efeito de sentido de dependência institucional:

A prefeitura podia estar atuando, né? Fazendo um pouco mais, né? Tipo... Fazendo uma vistoria mais rígida, vendo as coisas, tirando entulho da rua, que isso também causa.

– Participante C

Esse enunciado foi analisado a partir do modo como o participante sugere que a prefeitura deveria agir. A fala do sujeito “podia estar atuando mais” indica uma expectativa de que a autoridade pública assuma uma função mais ativa. A análise foi construída observando o uso de expressões que transferem parte da responsabilidade para o governo, como “fazendo uma vistoria mais rígida”, o que reforça a ideia de que a ação individual é vista como insuficiente sem o apoio governamental.

Se cada um fizer sua parte, e o governo ajudar, podemos controlar a dengue.

– Participante D

Neste enunciado, há um claro reconhecimento da necessidade de colaboração mútua. A expressão “se cada um fizer sua parte” indica a significação de que a responsabilidade é compartilhada. O reconhecimento do papel do governo, ao lado da ação comunitária, foi interpretado como um efeito de sentido de corresponsabilidade. A análise desse enunciado se baseia no fato de que o sujeito articula uma visão equilibrada, onde o sucesso das ações preventivas depende de uma parceria entre as autoridades e a comunidade.

As ações descritas pelos moradores, como a fiscalização de áreas com acúmulo de água e a remoção de entulhos, são vistas como responsabilidades do governo local. No entanto, essa responsabilidade não isenta a população de seu papel. A análise dessas falas foi construída a partir da identificação de que as expectativas com relação ao governo coexistem com um reconhecimento da própria participação, onde experiências passadas moldam a forma como os sujeitos significam suas responsabilidades no presente. Conforme pesquisas de Claro, Tomassini e Rosa (2004), apontam que os esforços, tanto individuais quanto coletivos,

muitas vezes encontram barreiras devido à falta de políticas públicas adequadas, como saneamento básico e coleta de lixo. Porém é preciso que a população colabore com a gestão.

Água parada, sujeira. Entulho, essas coisas.

– Participante C

Rua suja, essas águas beirando as calçadas parada. É garrafa de cerveja em pé nos lugares que você passa.

– Participante H

As condições ambientais, como "água parada" e "sujeira amontoada", indicam uma compreensão comum de que as condições ambientais, como o acúmulo de água e lixo, favorecem a proliferação da dengue. Essa significação está relacionada ao conceito de Aparelhos Ideológicos do Estado, de Louis Althusser, que sugere que campanhas de saúde pública e a mídia influenciam as práticas e crenças da população, reflete a influência das campanhas de saúde pública, que têm conseguido conscientizar a população sobre a importância da prevenção. Os sujeitos reproduzem as orientações das campanhas ao descreverem as condições de risco, demonstrando como essas práticas foram integradas ao cotidiano.

Estudos confirmam que o conhecimento sobre a dengue e as práticas preventivas são essenciais para o controle da doença (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011). A significação que os moradores atribuem à dengue e à prevenção é resultado das campanhas de conscientização, internalizadas e reproduzidas nas práticas cotidianas, e que os moradores repetem as mesmas orientações das campanhas, indicando que o conhecimento disseminado foi absorvido e se reflete em suas práticas diárias.

No entanto, a atribuição de responsabilidade nem sempre é clara ou equitativa. Alguns sujeitos expressam frustração com a falta de ação de seus vizinhos ou das autoridades, fica evidente quando quatro participantes da pesquisa destacaram a negligência de um vizinho específico, apontando para a mesma casa e descrevendo-a como "suja". Ao observar a casa, foi possível ver entulhos por cima do muro, mostrando como a falta de cuidado. A análise dessa situação se baseia no fato de que a responsabilidade, muitas vezes, é deslocada para os outros, seja o vizinho ou o governo, gerando um efeito de sentido de insatisfação.

A falta de cuidado de alguns moradores, como o vizinho citado, compromete os esforços do restante da comunidade, gerando insatisfação não apenas com esses indivíduos, mas também com as autoridades, como expressa:

É frustrante ver como a prefeitura e os vizinhos não fazem nada para manter o bairro limpo.

– Participante D

Esse enunciado demonstra a tensão entre a responsabilidade coletiva ideal e a prática individual, a expressão “frustrante”, que indica uma insatisfação com os outros agentes da comunidade. O uso de “não fazem nada” reforça a ideia de que o sujeito desloca parte da responsabilidade para os outros. A análise aqui observa que o sujeito tende a se ver como cumpridor do dever, enquanto transfere a culpa pela situação para a prefeitura e os vizinhos, o que revela uma tensão na atribuição de responsabilidades.

Essa tensão revela um desafio: enquanto a corresponsabilidade é vista como ideal, a sua implementação pode ser comprometida pela falta de compromisso ou pela dependência de outras partes, seja o governo ou os vizinhos. Este enunciado, no entanto, também revela um efeito de sentido onde a responsabilidade é deslocada para o outro – a prefeitura e os vizinhos – isentando parcialmente o próprio falante. Essa tensão destaca a necessidade de uma gestão mais ativa e participativa, onde todos os atores, inclusive quem fala, se vejam como partes integradas e responsáveis na prevenção da dengue.

Essa ambiguidade na atribuição de responsabilidade é refletida no enunciado que banaliza a gravidade da dengue.

Beber cerveja [para preverir da dengue].

– Participante F

O enunciado "Beber cerveja" como prevenção da dengue, embora pareça uma brincadeira, reflete como o consumo de álcool é promovido na cultura capitalista como uma solução fácil para tensões e problemas. Esse discurso, amplamente difundido pela mídia como propagandas de televisão, campanhas publicitárias em redes sociais, sugere que a bebida pode ser um escape para preocupações sérias. Ao sugerir que

uma bebida alcoólica poderia ter algum impacto na prevenção da dengue, o sujeito desvia a seriedade da discussão, evidenciando uma forma de lidar com o problema que minimiza a necessidade de ações preventivas eficazes e responsáveis.

Mesmo que o participante não acredite que beber cerveja possa realmente prevenir a dengue, essa fala acaba por minimizar a gravidade da doença. Ela exemplifica como discursos populares, muitas vezes impulsionados por visões hegemônicas sobre o consumo de álcool, oferecem soluções simplistas para problemas sérios, associando o ato de beber com relaxamento e despreocupação. Ao abordar a prevenção da dengue de forma leviana, o enunciado desvia o foco das ações preventivas necessárias, refletindo uma maneira superficial e ineficaz de lidar com uma questão de saúde pública.

Os enunciados dos sujeitos mostram que os agentes de combate a endemias ajudam a manter a prevenção da dengue. A regularidade com que os agentes visitam, mencionada pelos sujeitos, não apenas reforça as orientações preventivas, mas também educa aqueles que ainda carecem de informações. Esse ponto foi identificado a partir dos relatos que mostram como os sujeitos internalizam e aplicam as informações que recebem, demonstrando a eficácia dessa atuação. A presença dos agentes é vista como um elo importante entre as campanhas de saúde pública e a prática cotidiana dos moradores, fortalecendo o compromisso com a vigilância e a adoção de medidas preventivas.

Já as meninas passam aí do combate à dengue. Toda semana eu acho que elas passam aí e falam sobre a dengue.

– Participante M

Neste enunciado, a referência à regularidade das visitas das "meninas do combate à dengue" sugere uma prática consistente de conscientização. O morador reconhece a importância das visitas semanais para manter a comunidade informada, o que reforça o compromisso dos moradores com a prevenção, ou seja, a presença regular dos agentes é significada como uma estratégia para a continuidade das ações preventivas e para a assimilação das mensagens de saúde pública.

Alguns não têm tanta informação assim, que é meio leigo, mas eu sim. A maioria eu creio que sim, porque semanalmente as meninas da dengue passam avisando, orientando.

– Participante B

Esse enunciado revela que, embora alguns moradores ainda não possuam pleno conhecimento sobre as práticas preventivas, a maioria tem acesso às informações necessárias devido ao trabalho educativo dos agentes. O sujeito se posiciona como alguém bem informado, o que sugere que ele internalizou o discurso de prevenção, confirmando a eficácia da abordagem educativa dos agentes, sendo assim o sujeito reconhece que a transmissão de conhecimento é contínua, permitindo que a comunidade gradualmente incorpore as práticas preventivas em seu cotidiano.

Os enunciados mostram que os sujeitos veem a prevenção da dengue como uma responsabilidade que deve ser compartilhada entre a comunidade e as autoridades. Eles adotam práticas, como evitar água parada, mas esperam que o governo contribua com ações como a coleta de lixo e melhorias no saneamento básico. A expectativa dos moradores de que o governo atue ativamente na prevenção gera efeitos de sentido que refletem uma memória discursiva, associando a intervenção estatal ao sucesso das campanhas de saúde pública.

No entanto, há também uma frustração entre os moradores quando percebem que alguns vizinhos não seguem as práticas recomendadas. Essa frustração aparece nos enunciados que produzem efeitos de sentido de descontentamento com a falta de adesão de alguns moradores às medidas preventivas, sugerindo que, embora a prevenção da dengue seja vista como uma responsabilidade compartilhada, ela é comprometida por falhas individuais.

A atuação dos Agentes de Combate às Endemias, por outro lado, cria um elo entre as diretrizes governamentais e as práticas da população. Sua presença regular e o trabalho educativo que desenvolvem ajudam a ampliar o conhecimento coletivo, garantindo que as informações sobre prevenção cheguem aos moradores. Assim, os agentes têm um papel central na promoção da corresponsabilidade, ao educar e reforçar as medidas preventivas na comunidade, contribuindo diretamente para as ações de controle da dengue.

5 CONCLUSÃO

A análise dos processos de significação e atribuição de responsabilidade em relação à dengue nos discursos dos moradores do bairro com maior incidência da doença em Luís Antônio/SP. A partir dos dados de produção e analisados, foi possível alcançar os objetivos específicos estabelecidos e proporcionar contribuições para a vigilância em Saúde e a formulação de políticas públicas de saúde no município.

Inicialmente, identificamos que o bairro Jardim Vila Real II apresentou a maior incidência de dengue em Luís Antônio. Este resultado é relevante, pois anteriormente não havia uma análise detalhada da distribuição da doença por bairro, o que dificultava a alocação precisa de recursos e esforços nas áreas com maior incidência pela doença. A identificação do Jardim Vila Real II como o bairro com maior incidência fornece uma base para a vigilância em Saúde direcionar suas ações de forma mais eficiente, facilitando campanhas de conscientização e controle do vetor.

No que diz respeito aos processos discursivos de significação relacionados à dengue, as entrevistas realizadas revelaram que os moradores do Jardim Vila Real II, foram identificadas duas principais formações discursivas relacionadas à significação da dengue: uma significação clínica e uma significação capitalista. A formação discursiva clínica aparece nas falas que descrevem os sintomas da dengue, como dor no corpo e sensação de mal-estar, destacando os efeitos físicos da doença. Expressões como "péssimo", "horrível" e "parece que vai morrer" refletem a percepção dos moradores sobre o impacto da dengue em sua saúde. Já a formação discursiva capitalista foi observada nas falas que associam a dengue à incapacidade de continuar trabalhando e ao prejuízo que isso causa na rotina. Os sujeitos mencionaram o receio de contrair a doença, não só pelos sintomas, mas pela interrupção de suas atividades diárias e a dificuldade de manter suas responsabilidades. Assim, a dengue é significada tanto como uma questão de saúde que afeta o bem-estar físico, quanto como um fator que interfere na vida profissional e no dia a dia dos moradores.

Quanto à atribuição de responsabilidade, os moradores veem a prevenção da dengue como uma responsabilidade compartilhada entre a comunidade e o governo. A assimilação das práticas preventivas recomendadas pelas campanhas de saúde pública sugere que os sujeitos tem internalizado essas mensagens, demonstrando conscientização sobre as medidas necessárias para o controle da doença, mas há

tensões decorrentes da percepção de que nem todos cumprem suas obrigações, sejam vizinhos ou autoridades, gerando frustrações e expectativas quanto a uma atuação mais eficaz do governo, sugerindo que o sucesso no controle da dengue exige uma ação coordenada entre todos os envolvidos.

Embora haja um compromisso por parte dos moradores em adotar práticas preventivas, há uma expectativa de que o governo assuma um papel de liderança mais ativo na prevenção da dengue. Essa expectativa é acompanhada por uma crítica ao que é percebido como ineficácia ou ausência de ações governamentais adequadas, o que pode gerar um deslocamento da responsabilidade, minimizando o papel individual dos moradores. Esses achados sugerem que, para alcançar um controle da dengue, é necessário um esforço coordenado e contínuo, onde todos os níveis de responsabilidade sejam assumidos e integrados em uma estratégia de saúde pública.

Diante dessas observações, a presente pesquisa alcança seu objetivo de compreender os processos de significação e atribuição de responsabilidade relacionados à dengue nos discursos dos moradores do bairro com maior incidência da doença.

Para fortalecer o engajamento comunitário, campanhas de comunicação e mobilização social, devem incluir a produção e execução de ações de comunicação, a criação de materiais informativos e educacionais, e a ampliação da divulgação sobre a ocorrência de casos, sintomas, tratamentos e medidas de controle do vetor. Essas ações visam aumentar a conscientização e o engajamento tanto da população quanto dos profissionais de saúde.

Uma versão preliminar dos resultados quantitativos desta pesquisa contribuiu diretamente na reorganização dos serviços de saúde em Luís Antônio. O município de Luís Antônio estava com apenas 20% de cobertura em Atenção Básica, o que indicava uma necessidade de reorganizar os serviços de saúde para atender melhor os moradores. No entanto, a Secretaria de Saúde não tinha informações sobre a distribuição dos moradores pelos bairros, o que dificultava a distribuição de forma adequada.

Com base nos dados populacionais coletados neste estudo, que forneceram uma visão mais clara da distribuição dos moradores pelos bairros, o município conseguiu redistribuir as áreas atendidas pelas Equipes de Atenção Primária. Como

resultado, o número de equipes de saúde aumentou de 3 para 9, o que melhorou a cobertura e a qualidade dos serviços de saúde no município.

Um relatório técnico final, que incluirá também os dados qualitativos, será entregue à Secretaria de Saúde para continuar aprimorando os serviços de saúde para todos os moradores.

No entanto, o estudo teve algumas limitações, como a diferença dos dados fornecidos pelo relatório da prefeitura, que contabilizava 12 casas no bairro Jardim Vila Real II, enquanto a observação direta durante as entrevistas revelou um número maior de residências. A descoberta de que o número de residências é quase três vezes maior do que o indicado pelos dados oficiais sublinha a importância de visitas locais na verificação e atualização de informações demográficas. Além disso, ao recalcular a incidência da dengue com base no número real de habitantes, percebe-se que o risco da doença, embora ainda presente, pode ser diferente do inicialmente percebido, tendo implicações para o planejamento de intervenções de saúde pública e destaca a necessidade de um monitoramento contínuo e atualizado das condições locais.

Para futuras pesquisas, seria interessante explorar as razões pelas quais determinados bairros apresentam maior incidência de dengue, considerando fatores socioeconômicos e ambientais. Além disso, estudos longitudinais que acompanhem a evolução das intervenções sugeridas podem fornecer informações sobre a eficácia das estratégias implementadas e permitir ajustes contínuos.

Este trabalho destaca a importância de compreender a dengue não apenas como uma doença, mas como uma experiência enraizada no cotidiano das pessoas. Ao investigar os processos de significação e responsabilização entre os moradores do Jardim Vila Real II, revelamos a complexidade das percepções e práticas que moldam a resposta comunitária à dengue. As descobertas deste estudo não só enriquecem o entendimento acadêmico sobre a dengue em contextos locais, mas também oferecem subsídios práticos para políticas públicas mais eficazes e inclusivas. Ao integrar essas novas perspectivas, esperamos que futuras pesquisas continuem a explorar as nuances da relação entre saúde, cultura e comunidade, contribuindo para um melhor manejo da dengue e de outras doenças transmitidas por vetores em áreas vulneráveis.

REFERÊNCIAS

- ALBRECHT, C. A. M.; ROSA, R. D. S.; BORDIN, R. O conceito de equidade na produção científica em saúde: uma revisão. **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 1, p. 115–128, mar. 2017.
- ALMEIDA, L. S.; COTA, A. L. S.; RODRIGUES, D. F. Saneamento, arboviroses e determinantes ambientais: impactos na saúde urbana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 10, p. 3857–3868, out. 2020.
- ALTHUSSER, L. **Aparelhos ideológicos de Estado**. Rio de Janeiro: Graal, 1985. v. 2.
- BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estudos Avançados**, v. 22, n. 64, p. 53–72, dez. 2008.
- BESERRA, E. B. et al. Biologia e exigências térmicas de *Aedes aegypti* (L.) (Diptera: Culicidae) provenientes de quatro regiões bioclimáticas da Paraíba. **Neotropical Entomology**, v. 35, n. 6, p. 853–860, dez. 2006.
- BEZERRA, T. D. M.; MATOS, C. C. Dengue no Brasil: fatores socioambientais associados a prevalência de casos. **Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR**, v. 27, n. 5, p. 2685–2698, 26 maio 2023.
- BÖHM, A. W. et al. Tendência da incidência de dengue no Brasil, 2002-2012. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 25, n. 4, p. 725–733, out. 2016.
- BUTLER, J. **Vida precária: os poderes do luto e da violência**. Belo Horizonte: Autêntica, 2019.
- CLARO L. B. L.; TOMASSINI H. C. B.; ROSA M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, nº 6, p. 1447–1457, 2004.
- CODECO, C. T. et al. Fast expansion of dengue in Brazil. **The Lancet Regional Health - Americas**, v. 12, p. 100274, ago. 2022.
- COSTA, E. M. D. S.; COSTA, E. A. D.; CUNHA, R. V. D. Percepções sobre dengue dos moradores de um município brasileiro de fronteira. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 2, p. 177–183, 2 abr. 2018.
- CULSHAW, A.; MONGKOLSAPAYA, J.; SCREATON, G. R. The immunopathology of dengue and Zika virus infections. **Current Opinion in Immunology**, v. 48, p. 1–6, out. 2017.
- DIAS, Í. K. R. et al. Ações educativas de enfrentamento ao *Aedes Aegypti*: revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 1, p. 231–242, jan. 2022.

FERREIRA, A. C.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; MONDINI, A. Dengue in Araraquara, state of São Paulo: epidemiology, climate and *Aedes aegypti* infestation. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, p. 18, 26 fev. 2018.

FLOSS, M.; BARROS, E. F. Saúde planetária: conclamação para a ação dos médicos de família de todo o mundo. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 14, n. 41, p. 1992, 1 mar. 2019.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17–27, jan. 2008.

FRAGA, L. D. S.; MONTEIRO, S. A gente é um passador de informação: práticas educativas de agentes de combate a endemias no serviço de controle de zoonoses em Belo Horizonte, MG. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 993–1006, set. 2014.

FREIRE-FILHA, L. G.; SOUZA, A. M. DE P. E. Evolução da dengue no mundo. **Gestão & Tecnologia Faculdade Delta**, p. 33–50, 2019.

FREITAS, S. L. DE A. Médicos pelo Brasil na pandemia do COVID-19: qualidade ou quantidade? **Notes on Law and Public Policy**, v. 3, n. 1, 2022.

G1. Luiz Antônio, SP, confirma 98 casos de dengue e decreta emergência. 2015. Disponível em: <https://glo.bo/1MwsR6p>. Acesso em: 2 abr. 2023.

GONÇALVES, R. P. et al. Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 2, p. 578–593, jun. 2015.

GOTO, D. Y. N. et al. Avaliação da oportunidade de notificação da dengue no Estado do Paraná. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 29, n. 3, p. 355–362, jun. 2016.

GRUPO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – GVE XXIV RIBEIRÃO PRETO. **Apresentações da visita técnica DRS XIII - Sala de situação de dengue. Dados arboviroses - 2022 e 2023.** Luis Antônio, 2023.

HORTON, R.; LO, S. Planetary health: a new science for exceptional action. **The Lancet**, v. 386, n. 10007, p. 1921–1922, nov. 2015.

IBGE, I. B. DE G. E E. **Panorama de Luís Antônio, SP.** 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/luis-antonio/panorama>. Acesso em: 14 jan. 2024.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ. **O mosquito *Aedes aegypti* faz parte da história e vem se espalhando pelo mundo desde o período das colonizações:** Dengue: Longa Trajetória no Brasil. [s.l.: s.n.]. Disponível em: <https://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html>. Acesso em: 20 dez. 2023.

JONES, R. et al. Arbovirus vectors of epidemiological concern in the Americas: A scoping review of entomological studies on zika, dengue and chikungunya virus vectors. **PLOS ONE**, v. 15, n. 2, p. e0220753, 6 fev. 2020.

KUMARAN, E. et al. Dengue knowledge, attitudes and practices and their impact on community-based vector control in rural Cambodia. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 12, n. 2, p. e0006268, 16 fev. 2018.

LADNER, J. et al. Societal impact of dengue outbreaks: stakeholder perceptions and related implications. A qualitative study in Brazil, 2015. **PLOS Neglected Tropical Diseases**, v. 11, n. 3, p. e0005366, 9 mar. 2017.

LEFÈVRE, A. M. C. et al. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do município de São Sebastião, litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1696–1706, jul. 2007.

MASCARENHAS, M. D. M. et al. Ocorrência simultânea de COVID-19 e dengue: o que os dados revelam? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 6, p. e00126520, 2020.

MENDOZA-CANO, O. et al. Cost-effectiveness of the strategies to reduce the incidence of dengue in Colima, México. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 8, p. 890, 8 ago. 2017.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. 2002. Brasília: [s.n.]. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/svsa/dengue/pncd_2002.pdf/view. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 1.813, DE 11 DE NOVEMBRO DE 2015. Brasília. 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sinan Dengue/Chikungunya**. 2016. Disponível em: <https://portalsinan.saude.gov.br/sinan-dengue-chikungunya>. Acesso em: 20 de jun. de 2023.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dengue**. 2024a. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue>. Acesso em: 10 maio 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico: adulto e criança**. 6. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2024b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Informe técnico operacional da estratégia de vacinação contra a dengue em 2024**. Brasília: Ministério da Saúde, 2024c. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/arboviroses/publicacoes/estrategia-vacinacao-dengue>. Acesso em: 2 fev. 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **DATASUS (Departamento de Informática do SUS)**. 2024d. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>. Acesso em: 13 jan. 2024.

MORSCHBACHER, J. et al. Indicadores para a ocorrência da dengue em municípios do oeste de Santa Catarina, Brasil. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 10, p. e36101018488, 4 ago. 2021.

MOURA, E. A. DA C. Direito à saúde, políticas públicas e fornecimento de medicamentos: sustentabilidade mediante ações integradas e participação popular na saúde pública. **Revista dos Tribunais**, p. 117–136, 2016.

MULLIGAN, K. et al. Is dengue a disease of poverty? A systematic review. **Pathogens and Global Health**, v. 109, n. 1, p. 10–18, fev. 2015.

NEIDERUD, C.-J. How urbanization affects the epidemiology of emerging infectious diseases. **Infection Ecology & Epidemiology**, v. 5, n. 1, p. 27060, jan. 2015.

NUNES, J.; PIMENTA, D. N. A epidemia de Zika e os limites da saúde global. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, n. 98, p. 21–46, ago. 2016.

OLIVEIRA, W. L. D. et al. Facing dengue and malaria as a public health challenge in Brazil. **International Journal of Advanced Engineering Research and Science**, v. 10, n. 7, p. 001–006, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Fifth meeting of the Emergency Committee under the International Health Regulations (2005) regarding microcephaly, other neurological disorders and Zika virus**. 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/zika-fifth-ec/en/>>. Acesso em: 23 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Dengue and severe dengue**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>. Acesso em: 20 nov. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disease Outbreak News. Dengue – Global situation 2024. Disponível em: <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news>. Acesso em: 14 de mai. de 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dez ameaças à saúde que a OMS combaterá em 2019**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/noticias/17-1-2019-dez-ameacas-saude-que-oms-combatera-em-2019>. Acesso em: 1 fev. 2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Dengue**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/dengue>. Acesso em: 27 dez. 2023a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Alerta epidemiológico: aumento de casos de dengue na região das Américas - 16 de fevereiro de 2024**. [s.l: s.n.]. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/documentos/alerta-epidemiologico-aumento-casos-dengue-na-regiao-das-americas-16-fevereiro-2024>. Acesso em: 20 mar. 2024b.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/91863-agenda-2030-para-o-desenvolvimento-sustentavel>. Acesso em: 19 nov. 2024.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso** : princípios & procedimentos. Décima segunda edição ed. Campinas, São Paulo: Pontes Editores, 2015.

PEREIRA, A. D. C. Discurso e sentido nas campanhas publicitárias sobre “doenças tropicais” transmitidas pelo *Aedes aegypti*. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 27, n. 4, p. 1225–1241, dez. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO. **Decreto nº 1.606, de 07 de abril de 2015. Aprova o loteamento denominado Jardim Vila Real II. Decreto nº 1.606**, 2015.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO. **Relatório de lotes com edificações por bairro da Prefeitura de Luis Antônio**. Luis Antônio: 2022.

PREFEITURA MUNICIPAL DE LUIS ANTÔNIO. **Plano de contingência das arboviroses**. Luis Antônio: [s.n.]. Acesso em: 14 jan. 2024.

PROGRAMA CIDADES SUSTENTÁVEIS. **Índice de Desenvolvimento Sustentável das Cidades**, 2024. Disponível em:

<https://idsc.cidadessustentaveis.org.br/profiles/3527603/>. Acesso em: 14 jan. 2024.

RAJAPAKSHA, R. M. N. U.; ABEYSENA, C.; BALASURIYA, A. Health seeking behaviours, dengue prevention behaviours and community capacity for sustainable dengue prevention in a highly dengue endemic area, Sri Lanka. **BMC Public Health**, v. 23, n. 1, p. 507, 16 mar. 2023.

ROY, S. K.; BHATTACHARJEE, S. Dengue virus: epidemiology, biology, and disease aetiology. **Canadian Journal of Microbiology**, v. 67, n. 10, p. 687–702, out. 2021.

SANTOS, L. H. O.; SILVA, R. R. D. S. Análise do perfil epidemiológico das arboviroses (dengue, zika e chikungunya) de 2020-2022 no Brasil. **Research, Society and Development**, v. 12, n. 9, p. e6912943229, 15 set. 2023.

SANTOS, M. F. R. D.; JOVILIANO, R. D. Dengue e a pandemia da COVID-19: Reflexões urgentes e dados epidemiológicos no estado de São Paulo até 2022. Em: **Ciências da saúde e suas descobertas científicas**. 1. ed. [s.l.] Seven Editora, 2023.

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

SÃO PAULO. **Dados estatísticos: dengue**. 2024. Acesso em: 17 fev. 2024.

SÃO PAULO. **Informe técnico: dengue**. [s.d.]. Disponível em: https://www.saude.sp.gov.br/resources/cve-centro-de-vigilancia-epidemiologica/areas-de-vigilancia/doencas-de-transmissao-por-vetores-e-zoonoses/doc/dengue/dengue_inf2103.htm#:~:text=A%20transmiss%C3%A3o%20da%20doen%C3%A7a%20foi,munic%C3%ADpios%20vizinhos%20e%20outras%20regi%C3%B5es. Acesso em: 20 ago. 2023.

SCHAEFER, T. J.; PANDA, P. K.; WOLFORD, R. W. Dengue Fever. In: **StatPearls**. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, 2023.

- SILVA, A. G. F. da. et al. A relação entre Estado e políticas públicas: uma análise teórica sobre o caso brasileiro. **Revista Debates**, v. 11, n. 1, p. 25, 18 abr. 2017.
- SILVA, I. B. D.; MALLMANN, D. G.; VASCONCELOS, E. M. R. D. Estratégias de combate à dengue através da educação em saúde: uma revisão integrativa. **Saúde (Santa Maria)**, v. 41, n. 2, p. 27–34, 18 dez. 2015.
- SILVA, J. C. B. D.; MACHADO, C. J. S. Associations between dengue and socio-environmental variables in capitals of the Brazilian northeast by cluster analysis. **Ambiente & Sociedade**, v. 21, p. e01332, 2018.
- SILVA, R. M. et al. Mapeamento das externalidades provocadas pelas recentes epidemias de dengue nas contas da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto. **Global Academic Nursing Journal**, v. 5, n. 1, 2024.
- STEWART IBARRA, A. M. et al. A social-ecological analysis of community perceptions of dengue fever and *Aedes aegypti* in Machala, Ecuador. **BMC Public Health**, v. 14, n. 1, p. 1135, dez. 2014.
- SULISTYAWATI, S. et al. Dengue vector control through community empowerment: lessons learned from a community-based study in Yogyakarta, Indonesia. **International Journal of Environmental Research and Public Health**. 2019, v. 16, n. 6, p. 1013, 2019.
- VIGLIETTA, M. et al. Vector specificity of arbovirus transmission. **Frontiers in Microbiology**, v. 12, p. 773211, 9 dez. 2021.
- WHITMEE, S. et al. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: report of The Rockefeller Foundation–Lancet Commission on planetary health. **The Lancet**, v. 386, n. 10007, p. 1973–2028, nov. 2015.
- WILDER-SMITH, A. et al. Epidemic arboviral diseases: priorities for research and public health. **The Lancet Infectious Diseases**, v. 17, n. 3, p. e101–e106, mar. 2017.
- WILDER-SMITH, A.; MURRAY; QUAM, M. Epidemiology of dengue: past, present and future prospects. **Clinical Epidemiology**, p. 299, ago. 2013.
- YANG, X. et al. Global burden for dengue and the evolving pattern in the past 30 years. **Journal of Travel Medicine**, v. 28, n. 8, p. taab146, 29 dez. 2021.
- YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário da pesquisa “ANÁLISE DE DISCURSOS DE MORADORES DO BAIRRO MAIS AFETADO PELA DENGUE EM UM MUNICÍPIO DO INTERIOR PAULISTA”. Leia atentamente o que segue e, em caso de dúvidas, pergunte para que sua dúvida possa ser esclarecida. Após estar ciente de todo o procedimento, caso você aceite participar da pesquisa, ao final deste documento haverá um espaço para que você o assinie, em duas vias. Uma via ficará com você e a segunda via com a responsável pela pesquisa. Caso você não aceite participar, não haverá nenhum prejuízo.

1. O objetivo dessa pesquisa é projeto descrever a epidemiologia de dengue e analisar os e os efeitos de sentido nos discursos de moradores do bairro mais afetado pela doença no município de Luís Antônio;
2. Minha participação nesta pesquisa será por meio de uma entrevista semiestruturada com perguntas abertas relacionadas aos objetivos descritos no item 1. A entrevista será gravada com um equipamento de áudio para posterior transcrição das falas;
3. Todos os dados coletados serão utilizados para uso exclusivo deste projeto de pesquisa. Minha privacidade será preservada e minha identidade será mantida em sigilo. Caso precise, terei livre acesso a informações adicionais sobre a pesquisa e seu andamento;
4. Durante a execução da pesquisa, há o risco de ser constrangido por alguma pergunta e, portanto, tenho total liberdade para responder apenas o que julgar necessário;
5. Não terei nenhuma despesa ou benefício financeiro para participar da pesquisa e poderei interromper minha participação na mesma a qualquer momento, sem precisar me justificar, e não sofrerei nenhuma punição ou prejuízo por isso;
6. Em caso de dúvida, poderei entrar em contato com Iana Gracieli de Queiroz, pesquisadora responsável pela pesquisa, por meio do telefone (016)99134- 0022 ou pelo e-mail iana.queiroz@sou.unaerp.edu.br; com o Prof. Dr. Saulo Delfino Barboza, pelo e-mail sbarboza@unaerp.br; e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UNAERP, localizado na Avenida Costabile Romano, 2201 Ribeirânia, Ribeirão Preto- SP, pessoalmente, pelos telefones (016)3603-7000 e 08007718388, ou pelo e-mail cetica@unaerp.br.

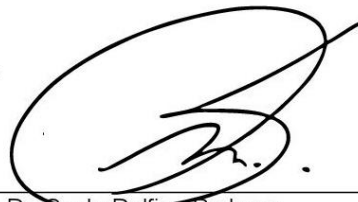


Iana Gracieli de Queiroz

CPF: 36799739850

RG: 45221736-2

Email: iana.queiroz@sou.unaerp.edu.br



Prof. Dr. Saulo Delfino Barboza

CPF: 35022853800

RG 44553451-5

Email: sbarboza@unaerp.br

Eu, _____, portador(a) do RG _____, declaro ter sido devidamente esclarecido(a) sobre o propósito e procedimentos do projeto de pesquisa descrito acima e recebi uma via deste termo.

Assinatura do(a) participante

ANEXO I – RELATÓRIO TÉCNICO

RELATÓRIO TÉCNICO: ANÁLISE DA INCIDÊNCIA DA DENGUE E PROPOSTAS PARA CONTROLE NO MUNICÍPIO DE LUÍS ANTÔNIO - SP

AUTORIA

Iana Gracieli de Queiroz

Mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde
e Educação da Universidade de Ribeirão Preto
iana.queiroz@sou.unaerp.edu.br

ORIENTAÇÃO

Saulo Delfino Barboza

Professor Titular do Programa de Mestrado Profissional em
Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto
sbarboza@unaerp.br

REVISÃO

Profª. Drª. Sílvia Sidnéia da Silva

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Prof. Dr. Jacob dos Santos Biziak

Instituto Federal de São Paulo – IFSP

INTRODUÇÃO

A dengue, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, é uma das maiores preocupações de saúde pública no Brasil, especialmente em regiões tropicais e subtropicais, onde o clima quente e úmido favorece a proliferação do vetor. O município de Luís Antônio, situado no interior de São Paulo, registrou em 2022 a maior incidência de dengue da região de Ribeirão Preto.

Este cenário motivou a realização deste estudo, que focou na análise da distribuição da dengue no município, no bairro Jardim Vila Real II, onde a incidência da doença foi a mais alta.

OBJETIVO

Este relatório tem como objetivo fornecer à Secretaria de Saúde e à Vigilância em Saúde de Luís Antônio uma análise detalhada sobre a incidência de dengue no município, com ênfase no bairro Jardim Vila Real II, identificado como o local com maior número de casos em 2022. O documento busca também destacar os processos de significação e atribuição de responsabilidade presentes nos discursos dos moradores em relação à dengue. Com base nessas informações, o relatório propõe ações de controle e prevenção adequadas à realidade local, a fim de auxiliar a Secretaria de Saúde na reorganização dos serviços, melhor distribuição de recursos e implementação de estratégias mais eficazes para prevenir e combater a dengue na cidade.

METODOS

O estudo foi conduzido em duas etapas, sendo elas:

ETAPA QUANTITATIVA:

Nesta fase, foi realizada uma análise descritiva da incidência de dengue nos diferentes bairros do município de Luís Antônio, utilizando os dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) referentes ao ano de 2022. A partir dessa análise, foi identificado o bairro Jardim Vila Real II como o local com a maior incidência da doença, tornando-se o foco da etapa qualitativa.

ETAPA QUALITATIVA:

A segunda etapa envolveu a realização de entrevistas semiestruturadas com vinte moradores do bairro Jardim Vila Real II. O objetivo dessas entrevistas foi compreender como os moradores significam a dengue e a quem atribuem a responsabilidade pela prevenção da doença. A análise foi conduzida utilizando a metodologia da Análise de Discurso, permitindo identificar os significados que os moradores associam à dengue, assim como suas expectativas e percepções sobre as ações de prevenção.

RESULTADOS

VISÃO GERAL DA DENGUE EM LUÍS ANTÔNIO

Entre 2015 e 2021, as taxas de incidência de dengue em Luís Antônio apresentaram variações (ver Tabela 1), com alguns anos sendo marcados por epidemias e outros por períodos de menor ocorrência. Os anos de 2015, 2016, 2018, 2019, 2020 e 2021 registraram surtos epidêmicos de dengue. Em 2017, no entanto, a incidência foi a mais baixa do período, sendo o único ano que não foi considerado epidêmico de acordo com os critérios do Ministério da Saúde. Esse cenário pode sugerir que as medidas de controle adotadas naquele ano foram eficazes, ou que pode ter ocorrido subnotificação dos casos.

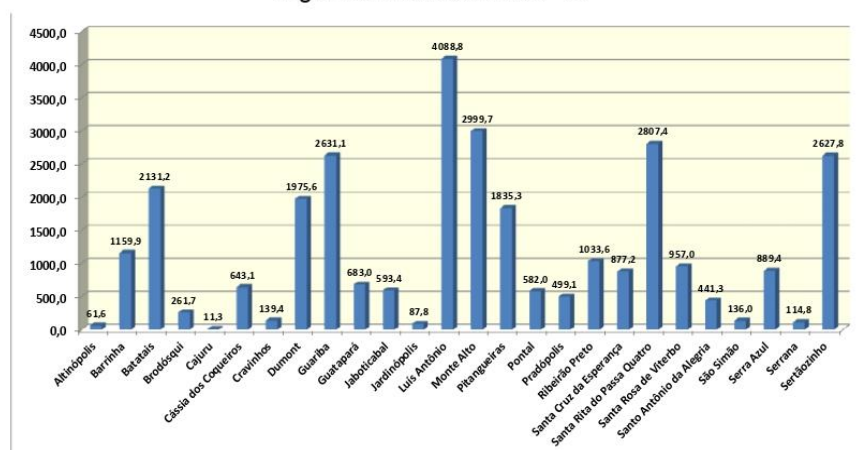
Tabela 1 Série histórica de casos confirmados de dengue por ano de notificação do Município de Luís Antônio - SP

ANO	CASOS DE DENGUE*	POPULAÇÃO**	INCIDÊNCIA POR 100 MIL HABITANTES
2021	38	15.628	243,2
2020	425	15.292	2779,2
2019	91	14.947	608,8
2018	29	14.021	206,8
2017	6	14.021	42,8
2016	140	13.703	1021,7
2015	436	13.378	3259,1

Fonte: Elaboração própria com dados DATASUS* e IBGE**.

Conforme a figura abaixo, em 2022, Luís Antônio apresentou a maior incidência de casos de dengue na região de Ribeirão Preto. Esse dado ressalta a necessidade de compreender como os moradores da cidade percebem a doença e as dinâmicas de atribuição de responsabilidade na sua prevenção.

Figura 1. Incidência de casos confirmados de dengue no ano de 2022 por município na região de Ribeirão Preto - SP



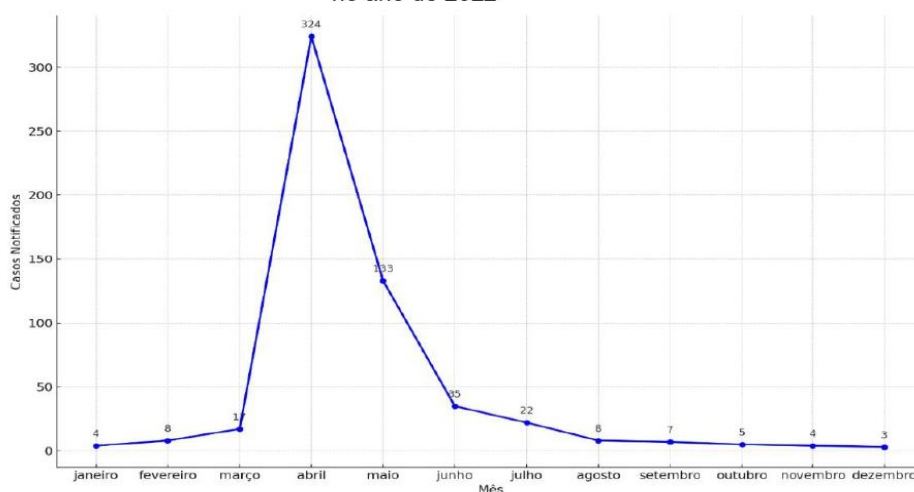
Fonte: Grupo de Vigilância Epidemiológica – GVE XXIV Ribeirão Preto (2023).

A figura 2 demonstra que Luís Antônio teve a mais alta taxa de incidência de dengue entre os municípios da região, o que reflete não apenas a disseminação do mosquito, mas também desafios relacionados à infraestrutura urbana e à eficácia das campanhas de controle do vetor.

Em 2022, Luís Antônio notificou 774 casos de dengue, dos quais 724 (93,53%) foram confirmados e 50 (6,46%) descartados. Entre os casos confirmados, 159 (21,96%) foram diagnosticados por exames laboratoriais, 485 (66,99%) pelo critério clínico-epidemiológico, 77 (10,63%) estavam com dados incompletos no sistema e 1 caso (0,14%) permaneceu em investigação. A taxa de incidência atingiu 6.307,4 casos por 100.000 habitantes, considerada alta (acima de 300 casos por 100.000 habitantes).

O pico ocorreu em abril, com 324 casos (44,75%), refletindo a influência dos meses mais quentes e úmidos, que favorecem a reprodução do *Aedes aegypti*.

Figura 2. Distribuição mensal dos casos notificados de dengue no município de Luís Antônio no ano de 2022



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

O bairro Jardim Vila Real II foi identificado como o local com a maior incidência de dengue em Luís Antônio. Este resultado é importante, pois anteriormente não havia uma análise da distribuição da doença por bairro, o que dificultava a alocação precisa de recursos e o direcionamento de esforços para as áreas mais afetadas, fornecendo uma base para a vigilância em Saúde e Secretária de Saúde direcionar suas ações de forma mais eficiente, facilitando campanhas de conscientização e controle vetorial.

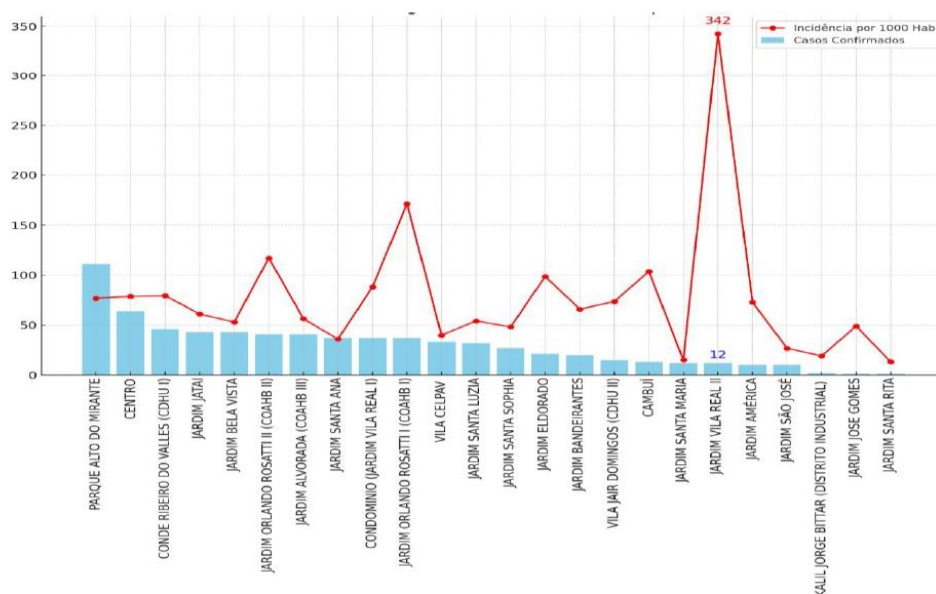
Figura 3. Casos Confirmados de Dengue e Taxas de Incidência por Bairro no município de Luís Antônio em 2022

BAIRRO	CASOS CONFIRMADOS DE DENGUE EM 2022	Nº DE HABITANTES POR BAIRRO	INCIDENCIA POR 1.000 HAB
JARDIM VILA REAL II	12	35	342
JARDIM ORLANDO ROSATTI I (COAHB I)	37	216	171
JARDIM ORLANDO ROSATTI II (COAHB II)	41	350	117
CAMBUÍ	13	126	104
JARDIM ELDORADO	21	213	99
CONDOMINIO (JARDIM VILA REAL I)	37	420	88
CONDE RIBEIRO DO VALLES (CDHU I)	46	581	79
CENTRO	64	815	79
PARQUE ALTO DO MIRANTE	111	1448	77
VILA JAIR DOMINGOS (CDHU II)	15	204	73
JARDIM AMÉRICA	10	137	73
JARDIM BANDEIRANTES	20	304	66
JARDIM JATAI	43	704	61
JARDIM ALVORADA (COAHB III)	41	727	56
JARDIM SANTA LUZIA	32	590	54
JARDIM BELA VISTA	43	812	53
JARDIM JOSE GOMES	1	20	49
JARDIM SANTA SOPHIA	27	561	48
VILA CELPAV	33	829	40
JARDIM SANTA ANA	37	1031	36
JARDIM SÃO JOSÉ	10	374	27
KALIL JORGE BITTAR (DISTRITO INDUSTRIAL)	2	105	19
JARDIM SANTA MARIA	12	800	15
JARDIM SANTA RITA	1	76	13
OUTRO MUNICIPIO	2	0	
SEM INFORMAÇÃO	5	0	
ZONA RURAL	8	0	
TOTAL	724	11479	63

Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Além disso, o bairro "Parque Alto do Mirante" registrou 111 casos (15,33%) de dengue, enquanto "Jardim Santa Rita" e "Jardim José Gomes" apresentaram apenas um caso cada. Embora esses dados sejam importantes para identificar áreas de risco, a análise das taxas de incidência por bairro fornece uma visão mais precisa do risco ao qual cada população está exposta. A incidência de dengue por bairro está apresentada na Figura 04.

Figura 4. Casos Confirmados de Dengue e Taxas de Incidência por Bairro no município de Luís Antônio em 2022



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

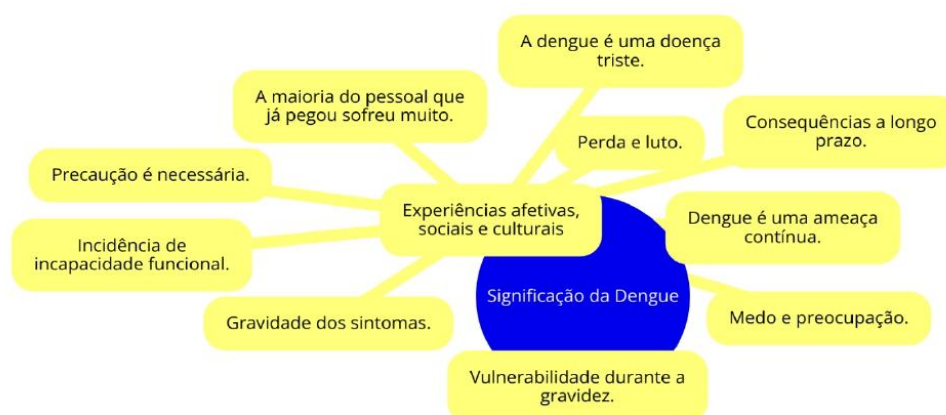
O bairro Jardim Vila Real II apresentou a maior incidência de dengue comparado aos outros bairros de Luís Antônio. O bairro Jardim Vila Real II teve seu loteamento aprovado pelo Decreto Municipal nº 1.606 de 07 de abril de 2015. A alta taxa de incidência no Jardim Vila Real II, de 342 casos por 1.000 habitantes, destaca a vulnerabilidade do bairro. Essa concentração de casos pode estar ligada a fatores como condições de moradia, infraestrutura inadequada e falta de conscientização sobre medidas preventivas. As ações de controle precisam ser frequentes nessas áreas.

PROCESSOS DISCURSIVOS DE SIGNIFICAÇÃO RELACIONADOS À DOENÇA NO BAIRRO COM MAIOR INCIDÊNCIA DE DENGUE

No que diz respeito aos processos discursivos de significação relacionados à dengue, as entrevistas com os moradores do Jardim Vila Real II revelaram que a dengue não é apenas uma questão de saúde física, mas também está ligada a sentimentos de medo, tristeza e vulnerabilidade. Os relatos mostram que a doença impacta as emoções e o cotidiano das pessoas. A dengue é percebida pelos moradores como algo que ameaça não apenas o corpo, mas também o bem-estar emocional e social, gerando uma sensação de insegurança e impotência diante da falta de controle sobre a sua propagação.

Esta figura sintetiza os processos discursivos de significação da dengue pelos moradores do bairro Jardim Vila Real II.

Figura 5. Significação da Dengue pelos Moradores do bairro Jair Vila Real II



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Esses achados mostram que as estratégias de saúde pública precisam considerar não só o combate ao vírus, mas também o impacto emocional que a dengue causa nas pessoas. A doença é vista como um problema que afeta o bem-estar emocional e social da comunidade, tornando-se uma preocupação para os moradores.

OS PROCESSOS DE ATRIBUIÇÃO DE RESPONSABILIZAÇÃO NOS DISCURSOS ATRIBUEM RESPONSABILIDADE A ENTIDADES OU FATORES ESPECÍFICOS SOBRE A DENGUE NO BAIRRO

A análise das entrevistas revelou que os moradores do Jardim Vila Real II enxergam a prevenção da dengue como uma responsabilidade compartilhada entre a comunidade e o governo. Embora reconheçam a importância de cuidar de seus próprios quintais e eliminar criadouros do mosquito, muitos sentem que o governo/gestão deveriam ser mais ativos na implementação de campanhas e no controle vetorial. Há um senso de que, sem uma atuação mais firme das autoridades, os esforços individuais não serão suficientes para conter a disseminação da doença.

Figura 03. Atribuição de Responsabilidade pela Prevenção da Dengue



Fonte: Elaborada pelo autor (2024).

Este reconhecimento de que a prevenção da dengue depende de um esforço conjunto entre comunidade e governo é necessário para o desenvolvimento de estratégias de combate à doença. A percepção de que ambos os lados precisam atuar juntos reflete a necessidade de políticas que integrem campanhas educativas e ações governamentais contínuas e bem coordenadas.

RECOMENDAÇÕES

Com base nas informações obtidas através das entrevistas e dados, foi possível elaborar algumas recomendações para aprimorar as estratégias de prevenção e controle da dengue em Luís Antônio. Os resultados mostram que a alta incidência de dengue no Jardim Vila Real II está associada à falta de uma estratégia de prevenção que seja contínua e integrada, tanto por parte dos moradores quanto do poder público. É evidente que, embora a responsabilidade seja compartilhada, ambos os lados precisam se engajar para superar o problema.

FORTALECIMENTO DAS AÇÕES DE VIGILÂNCIA E CONTROLE VETORIAL

O bairro Jardim Vila Real II apresentou a maior taxa de incidência de dengue no município em 2022, indicando a necessidade de um enfoque mais intensivo nas ações de controle vetorial nos bairros que apresentar maior incidência nos anos seguintes. Recomenda-se implementar mutirões regulares de combate ao mosquito, incluindo visitas domiciliares para eliminar criadouros, aplicação de larvicidas nas áreas mais vulneráveis.

Recomendações:

- **Intensificação do Controle do *Aedes aegypti*:** Realizar mutirões regulares de eliminação de criadouros e aplicação de larvicidas nas áreas mais afetadas.
- **Monitoramento Contínuo:** Criar um sistema de monitoramento semanal dos índices de infestação do mosquito, usando armadilhas para oviposição e larvas, para detectar rapidamente os focos de infestação.

EDUCAÇÃO E CONSCIENTIZAÇÃO COMUNITÁRIA

As entrevistas apontaram que os moradores reconhecem sua responsabilidade na prevenção da dengue, mas muitos alegam falta de informações claras sobre o que pode ser feito de forma correta. Assim, é necessário intensificar campanhas de conscientização que ajudem a população a entender melhor como prevenir a proliferação do mosquito.

Recomendações:

- **Campanhas de Educação:** Desenvolver campanhas educativas que expliquem práticas preventivas simples e acessíveis para eliminar criadouros e reduzir a presença do mosquito.
- **Engajamento Comunitário:** Formar comitês de saúde locais, com líderes comunitários e voluntários, para ajudar na disseminação de informações e organização de ações coletivas.

MELHORIA NA COMUNICAÇÃO ENTRE A SECRETARIA DE SAÚDE E A POPULAÇÃO

Para que as campanhas de prevenção e controle sejam bem-sucedidas, é necessário melhorar a comunicação entre a Secretaria de Saúde e os moradores. Muitas vezes, a falta de clareza nas ações e o desconhecimento das medidas implementadas dificultam a colaboração da população.

Recomendações:

- **Transparência nas Ações:** Informar de maneira clara e contínua as ações realizadas pela Secretaria de Saúde, como campanhas de controle vetorial e resultados do monitoramento.
- **Canal de Denúncias e Informações:** Estabelecer um canal direto para que os moradores possam relatar focos de dengue e buscar informações sobre prevenção e tratamento.

INTEGRAÇÃO E COLABORAÇÃO INTERSETORIAL

A luta contra a dengue não deve ser de responsabilidade exclusiva da Secretaria de Saúde. Outras áreas do governo/gestão devem ser envolvidas para que as ações sejam mais abrangentes.

Recomendações:

- **Ações Conjuntas:** Estabelecer parcerias entre a Secretaria de Saúde e outras secretarias, como a de Meio Ambiente e de Educação, para integrar esforços de limpeza urbana, manejo de resíduos e programas de conscientização nas escolas, entre outras.
- **Mobilização de Recursos:** Garantir que haja recursos suficientes para as áreas mais afetadas, assegurando que as ações de controle e prevenção continuem durante todo o ano, não apenas em períodos de pico.

ATENÇÃO ÀS DIMENSÕES PSICOLÓGICAS E SOCIAIS DA DENGUE

Os impactos da dengue vão além dos sintomas físicos. A doença gera também sofrimento emocional, como demonstrado pelos relatos dos moradores.

Recomendações:

- **Apoio Psicossocial:** Implementar programas de apoio psicossocial para pessoas que sofrem de dengue, proporcionando aconselhamento e suporte durante e após a doença, para pacientes que necessitarem. Acompanhamento com UBS do bairro do paciente, oferecendo suporte.

REVISÃO E REESTRUTURAÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE PÚBLICA

A identificação do bairro com maior incidência de dengue proporciona uma oportunidade para revisar e melhorar as políticas de saúde pública no município.

Recomendações:

- **Planejamento Estratégico:** Revisar e adaptar o Plano Municipal de Saúde para incluir metas específicas relacionadas à prevenção e controle da dengue, com foco nas áreas mais vulneráveis.
- **Avaliação Contínua:** Estabelecer uma rotina de avaliação contínua das políticas implementadas, com base em indicadores de saúde e feedback da população, ajustando as estratégias conforme necessário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A implementação dessas recomendações pode contribuir para a redução da incidência de dengue no município de Luís Antônio, especialmente nos bairros mais afetados, como o Jardim Vila Real II. A cooperação entre governo, comunidade e profissionais de saúde será crucial para garantir o sucesso das estratégias propostas. É necessário que as ações recomendadas sejam contínuas e integradas, visando não apenas a prevenção da dengue, mas também a promoção da saúde e o bem-estar geral dos moradores.

ENTREGA DO RELATÓRIO TÉCNICO

RELATÓRIO TÉCNICO

Análise da Incidência da Dengue e Propostas para Controle no Município de Luís Antônio - SP

Este relatório técnico foi elaborado por **Iana Gracieli de Queiroz**, mestranda pelo Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Educação da Universidade de Ribeirão Preto (UNAERP), sob a orientação do Prof. Dr. Saulo Delfino Barboza. O relatório é resultado do trabalho de pesquisa desenvolvido a partir da dissertação intitulada: "**Análise de Discurso sobre Dengue no Bairro com Maior Incidência da Doença em Luís Antônio, Município do Interior Paulista**", como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre.

Contextualização do Relatório

A pesquisa que fundamenta este relatório teve como foco principal o bairro Jardim Vila Real II, identificado como o local com maior incidência de dengue no município de Luís Antônio em 2022. Com base nos dados obtidos e na análise discursiva realizada com moradores, o estudo buscou compreender não apenas a distribuição espacial e temporal da dengue, mas também os fatores subjetivos e sociais que influenciam as significações e as práticas preventivas da população.

Os resultados foram transformados em recomendações práticas, com o objetivo de subsidiar ações do poder público municipal, da Secretaria de Saúde e do Departamento de Vigilância em Saúde, no enfrentamento da dengue.

Destinação do Relatório

Este documento foi elaborado para ser entregue oficialmente à **Secretaria Municipal de Saúde de Luís Antônio** e ao **Departamento de Vigilância em Saúde** do município. Ele representa uma contribuição acadêmica para a gestão pública local, oferecendo subsídios técnicos e estratégias práticas para o enfrentamento da dengue.

ASSINATURAS DE RECEBIMENTO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LUÍS ANTÔNIO

Recebido por: Welha Pereira de Novaes

Data: 11/12/2024

Carimbo e assinatura: Welha Pereira de Novaes

Welha P. de Novaes
Secretaria Municipal
de Saúde

DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE DE LUÍS ANTÔNIO

Recebido por: Larissa Roberta Justimiano

Data: 11/12/2024

Carimbo e assinatura: Larissa Roberta Justimiano
Diretor
Departamento de Saúde

LUÍS ANTÔNIO, 10 DE DEZEMBRO DE 2024

Assinatura da Entregante:

Iana Gracieli de Queiroz
Mestranda – Programa de Saúde e Educação (UNAERP)

ANEXO II – FICHA DE INVESTIGAÇÃO DE DENGUE E FEBRE CHIKUNGUNYA

SINAN

República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde **SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO**

Nº

FICHA DE INVESTIGAÇÃO DENGUE E FEBRE DE CHIKUNGUNYA

Caso suspeito de dengue: pessoa que viva ou tenha viajado nos últimos 14 dias para área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença de *Ae. aegypti* que apresente febre, usualmente entre 2 e 7 dias, e apresente duas ou mais das seguintes manifestações: náuseas, vômitos, exantema, mialgias, cefaleia, dor retroorbital, petéquias ou prova do laço positiva e leucopenia.

Caso suspeito de Chikungunya: febre de início súbito e artralgia ou artrite intensa com início agudo, não explicado por outras condições, que resida ou tenha viajado para áreas endêmicas ou epidêmicas até 14 dias antes do início dos sintomas, ou que tenha vínculo epidemiológico com um caso importado confirmado.

Dados Gerais	1 Tipo de Notificação 2 - Individual		2 Agravado/doença 1- DENGUE 2- CHIKUNGUNYA <input type="checkbox"/>		3 Data da Notificação	
	4 UF <input type="text"/>		5 Município de Notificação		Código (IBGE)	
	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		Código		7 Data dos Primeiros Sintomas	
Notificação Individual	8 Nome do Paciente				9 Data de Nascimento	
	10 (ou) Idade 1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano		11 Sexo M - Masculino F - Feminino - Ignorado		12 Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4- Idade gestacional ignorada 5-Não 6- Não se aplica 9- Ignorado	
	13 Raça/Cor 1-Branca 2-Preta 3-Amarela 4-Parda 5-Indígena 9- Ignorado		14 Escolaridade 0-Analfabeto 1-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9- Ignorado 10- Não se aplica			
Dados de Residência	15 Número do Cartão SUS		16 Nome da mãe			
	17 UF <input type="text"/>		18 Município de Residência		Código (IBGE)	
	19 Distrito		20 Bairro		21 Logradouro (rua, avenida,...)	
	22 Número		23 Complemento (apto., casa, ...)		24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2		26 Ponto de Referência		27 CEP	
Dados clínicos e laboratoriais	28 (DDD) Telefone		29 Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		30 País (se residente fora do Brasil)	
	31 Data da Investigação		32 Ocupação			
Dados clínicos	33 Sinais clínicos 1-Sim 2- Não					
	<input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Cefaleia <input type="checkbox"/> Vômito <input type="checkbox"/> Dor nas costas <input type="checkbox"/> Artrite <input type="checkbox"/> Petéquias <input type="checkbox"/> Prova do laço positiva <input type="checkbox"/> Mialgia <input type="checkbox"/> Exantema <input type="checkbox"/> Náuseas <input type="checkbox"/> Conjuntivite <input type="checkbox"/> Artralgia intensa <input type="checkbox"/> Leucopenia <input type="checkbox"/> Dor retroorbital					
Dados laboratoriais	34 Doenças pré-existentes 1-Sim 2- Não					
	<input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Hepatopatias <input type="checkbox"/> Hipertensão arterial <input type="checkbox"/> Doenças auto-imunes <input type="checkbox"/> Doenças hematológicas <input type="checkbox"/> Doença renal crônica <input type="checkbox"/> Doença ácido-péptica					
	35 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 1ª Amostra (S1)		36 Sorologia (IgM) Chikungunya Data da Coleta da 2ª Amostra (S2)		37 Exame PRNT Data da Coleta	
	38 Resultado S1 <input type="checkbox"/> S2 <input type="checkbox"/> PRNT <input type="checkbox"/> 1 - Reagente 2 - Não Reagente 3 - Inconclusivo 4 - Não Realizado		39 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		40 Exame NS1 Data da Coleta	
	41 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		42 Sorologia (IgM) Dengue Data da Coleta		43 Exame NS1 Data da Coleta	
	44 Resultado 1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não Realizado		45 Isolamento Data da Coleta		46 RT-PCR Data da Coleta	
47 Sorotipo 1- DENV 1 2- DENV 2 3- DENV 3 4- DENV 4		48 Histopatologia		49 Imunohistoquímica		
1- Compativez 2-Incompativez 3- Inconclusivo 4- Não realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		1- Positivo 2- Negativo 3- Inconclusivo 4- Não realizado		

Chikungunya/Dengue

SVS 14/03/2016

Hospitalização	50 Ocorreu Hospitalização? <input type="checkbox"/>	51 Data da Internação	52 UF	53 Município do Hospital	Código (IBGE)
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado				
	54 Nome do Hospital	Código	55 (DDD) Telefone		
	Local Provável de Infecção (no período de 15 dias)				
Conclusão	56 O caso é autóctone do município de residência? <input type="checkbox"/>	57 UF	58 País		
	1-Sim 2-Não 3-Indeterminado				
	59 Município	Código (IBGE)	60 Distrito	61 Bairro	
	62 Classificação	63 Critério de Confirmação/Descarte		64 Apresentação clínica	
	5- Descartado 10- Dengue 11- Dengue com Sinais de Alarme 12- Dengue Grave 13- Chikungunya	1- Laboratório 2- Clínico-Epidemiológico 3- Em investigação		<input type="checkbox"/> 1- Aguda <input type="checkbox"/> 2- Crônica	
65 Evolução do Caso <input type="checkbox"/>	66 Data do Óbito		67 Data do Encerramento		
1-Cura 2- Óbito pelo agravado 3- Óbito por outras causas 4- Óbito em investigação 9- Ignorado					
Preencher os sinais clínicos para Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave					
Dados Clínicos - Dengue com Sinais de Alarme e Dengue Grave	68 Dengue com sinais de alarme <input type="checkbox"/>		Vômitos persistentes <input type="checkbox"/>		Aumento progressivo do hematócrito <input type="checkbox"/>
	1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>		Dor abdominal intensa e contínua <input type="checkbox"/>		Hepatomegalia >= 2cm <input type="checkbox"/>
	Hipotensão postural e/ou lipotímia <input type="checkbox"/>		Letargia ou irritabilidade <input type="checkbox"/>		Acúmulo de líquidos <input type="checkbox"/>
	Queda abrupta de plaquetas <input type="checkbox"/>		Sangramento de mucosa/outras hemorragias <input type="checkbox"/>		69 Data de início dos sinais de alarme:
70 Dengue grave 1-Sim 2- Não <input type="checkbox"/>		Extravasamento grave de plasma:		Sangramento grave:	
<input type="checkbox"/>		Pulso débil ou indetectável <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Hematêmese <input type="checkbox"/> Metrorragia volumosa	
<input type="checkbox"/>		PA convergente <= 20 mmHg <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Sangramento do SNC	
<input type="checkbox"/>		Tempo de enchimento capilar <input type="checkbox"/>		Comprometimento grave de órgãos:	
<input type="checkbox"/>		Acúmulo de líquidos com insuficiência respiratória <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> AST/ALT > 1.000 <input type="checkbox"/> Miocardite <input type="checkbox"/> Alteração da consciência	
<input type="checkbox"/>		Taquicardia <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Outros órgãos, especificar: _____	
<input type="checkbox"/>		Extremidades frias <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>		Hipotensão arterial em fase tardia <input type="checkbox"/>			
71 Data de início dos sinais de gravidade:					

Informações complementares e observações

Observações Adicionais