

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS
CURSO DE DOUTORADO
CÁSSIA BARBOSA REIS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE DENGUE NA MICRORREGIÃO
DE DOURADOS/MS**

**CAMPO GRANDE
2012**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DOENÇAS INFECCIOSAS E
PARASITÁRIAS
CURSO DE DOUTORADO
CÁSSIA BARBOSA REIS**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE DENGUE NA MICRORREGIÃO
DE DOURADOS/MS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul para obtenção do título de Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Orientador: Prof. Dr. Sonia Maria Oliveira Andrade

**CAMPO GRANDE
2012**

R299r Reis, Cássia Barbosa

Representações sociais de profissionais e usuários da estratégia da saúde da família sobre dengue na microrregião de Dourado-MS/Cássia Barbosa Reis. Campo Grande,MS: UFMS, 2012.

99 p. ; 30cm.

Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) –Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Campo Grande, 2012.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Sonia Maria Oliveira Andrade.

1.Dengue 2. Representações sociais 3. Comportamento I.Título.

CDD 20.ed. 616.921

FOLHA DE APROVAÇÃO

A tese intitulada REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA SOBRE DENGUE NA MICRORREGIÃO DE DOURADOS/MS, apresentada por CASSIA BARBOSA REIS, como exigência para a obtenção do grau de Doutor em Doenças Infecciosas e Parasitárias, à banca examinadora, na Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, MS, obteve conceito APROVADA.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Sonia Maria Oliveira Andrade – UFMS (Orientadora)

Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha - UFMS

Dra. Maria Cristina Abrão Nachif – SESA/PMCG

Dr. Edson Mamoru Tamaki – UFMS

Dra. Margarete Knoch Mendonça – UFMS

Dra. Maria Gorette dos Reis – UFMS

Dedico esta tese as pessoas especiais, que nada entendem de pesquisa, mas que mantiveram viva em mim a determinação para alcançar o meu objetivo.

Meus pais Benedita e Noel, que dizendo não fazer nada, rezaram incessantemente pelo meu sucesso.

Álvaro, que sempre me cobrou persistência na redação desta tese e me deu todo carinho e amor nos momentos felizes e nos de completo desespero.

Cintia e Talita, meus pequenos amores que sempre me perguntavam se eu já tinha terminado meu trabalho, mesmo quando eu ainda estava apenas no início.

E para Gabriel, que chegou inesperadamente e está me encontrando titulada, mas ainda encantada com o milagre da vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) pelo incentivo, aprovando o meu afastamento para estudos;

à Fundação de Desenvolvimento de Ensino, Ciência e Tecnologia do Estado de Mato Grosso Do Sul (FUNDECT) pelo financiamento desta pesquisa;

à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias por ter a oportunidade de fazer parte da primeira turma;

à primeira turma do programa, pelo privilégio da companhia de tantos profissionais excepcionais;

aos professores do Programa de Pós-Graduação em Doenças Infecciosas e Parasitárias por compartilharem seu conhecimento;

às Secretarias Municipais de Saúde que permitiram o acesso às unidades básica de saúde da família para coleta de dados;

aos profissionais e usuários entrevistados, pela colaboração e disponibilidade;

aos membros da banca examinadora pelas críticas e sugestões;

e, de maneira especial, agradeço imensamente à professora doutora Sonia Maria Oliveira Andrade, pela paciência e persistência em me orientar nesta (e em outras) jornada acadêmica.

“Não é o bastante ter ouvidos para se ouvir o que é dito. É preciso também que haja silêncio dentro da alma.”

Alberto Caeiro

RESUMO

Historicamente as políticas de saúde e as ações de combate ao dengue são pautadas no controle vetorial, com atividades de campo, relegando a segundo plano as atividades de educação em saúde. Conhecer as representações sociais de profissionais e usuários de unidades de saúde da família sobre a ocorrência do dengue é o objetivo desta pesquisa de forma a contribuir para a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e população, visando o controle da doença. Foi realizado estudo qualitativo, utilizando-se entrevista semiestruturada, com profissionais e usuários da estratégia de saúde da família de seis municípios selecionados, sendo os dados tabulados pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados mostraram sete discursos referentes a aspectos sobre as causas da ocorrência de dengue. Os profissionais atribuem à população parte importante da responsabilidade pela ocorrência do dengue, mas também observam a falta de estrutura e organização dos serviços para atender melhor, bem como percebem dificuldades para que ocorra a mudança dos comportamentos observados com os recursos que eles tem disponíveis. Os usuários também atribuem a população grande parte da responsabilidade pela ocorrência do dengue, principalmente no que diz respeito ao lixo acumulado nos quintais e terrenos baldios. Todas as categorias entrevistadas relataram que o descrédito da população em relação a ocorrência e a gravidade do dengue também colaboram para a manutenção da endemia. As campanhas de educação e controle do dengue foram avaliadas como boas, mas sem continuidade e que necessitam mostrar as consequências da doença para impactar mais na população. Três discursos mostraram as consequências do dengue: evidências de falta de estrutura dos serviços, a transferência de responsabilidade para os profissionais de saúde e a mudança de comportamento quando afetado pelo dengue. Como sugestões evidenciou-se a necessidade de fiscalização e punição, necessidade de investimentos na educação de crianças e adolescentes, acesso a informações atualizadas e ação interdisciplinar e inter setorial. Os agentes comunitários de saúde apresentaram ainda representações sobre sentimentos relativos a sua atividade no combate ao dengue e dificuldades para cobrar condutas da população. Conclui-se que as representações sociais do dengue entre os grupos pesquisados são muito próximas, apresentando similaridades em muitas ideias centrais. O nível de conhecimento da população sobre a doença é bastante significativo, mas não se reflete no comportamento preventivo, sendo a comunicação entre profissionais e usuários baseada no repasse de informações sobre prevenção e tratamento. Assim, entende-se necessário melhorias na qualidade dos serviços de saúde em todos os níveis de atenção, bem como implementar ações específicas com o objetivo de mudar condutas e mantê-las a longo prazo.

PALAVRAS-CHAVE

dengue, profissional de saúde, saúde da família, ocorrência, prevenção, comportamento

ABSTRACT

Historically the health policies and actions to fight dengue are based on vector control, with field activities, pushed into the background activities of health education. Understand the social representations of professionals and users of health of the family the occurrence of dengue is the goal of this research to contribute to improved communication between health professionals and citizens, aiming to control the disease. Qualitative study was conducted with professionals and users of the health strategy of the family of six selected cities, with data tabulated by the technique of the Collective Subject Discourse. The results showed seven speeches on aspects relating to the causes of the occurrence of dengue. Fishermen are important to the population share of responsibility for the incidence of dengue, but also note the lack of structure and organization of services to better meet and understand the difficulties occurring changes in behavior observed with the resources they have available. Users also give the public much of the responsibility for the occurrence of dengue, especially with regard to the accumulated garbage in backyards and vacant lots. All categories surveyed reported that the discrediting of the population for the occurrence and severity of dengue also collaborate to the maintenance of the disease. Education campaigns and control of dengue were evaluated as good, but no continuity and they need to show the consequences of the disease to impact more on the population. Three speeches showed the consequences of dengue fever: evidence of lack of infrastructure services, the transfer of responsibility for healthcare professionals and behavior change when affected by dengue. Suggestions were made as the need for supervision and punishment, the need to invest in the education of children and adolescents, access to updated information and interdisciplinary and intersectional. The community health workers have also submitted representations on feelings related to their activity in combating dengue fever and difficulty to collect conduct of the population. We conclude that the social representations of dengue between both groups are very similar, showing similarities in many central ideas. The level of popular understanding of the disease is fairly significant, but not reflected in preventive behavior, and communication between professionals and users based on the transfer of information on prevention and treatment. Thus, it considers it necessary improvements in the quality of health services at all levels of care, as well as implement specific actions aimed at changing behaviors and keep them long term.

KEY WORDS

dengue, health personnel, family health, prevention, incidence, behaviour

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 A doença	12
2.2 O controle da doença	13
2.3 Equipes de Saúde da Família no controle do dengue	13
2.4 Participação da população no controle do dengue	15
3 MARCO TEÓRICO	16
4 OBJETIVOS	21
4.1 Objetivo Geral	21
4.2 Objetivos específicos	21
5 METODOLOGIA	22
5.1 Tipo de estudo	22
5.2 Local da pesquisa	22
5.3 População e amostra	24
5.4 Coleta de dados	26
5.5 Análise dos dados	28
5.6 Princípios éticos	28
6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MICRORREGIÃO DE DOURADOS	30
6.1 Apresentação do grupo de profissionais da Estratégia de Saúde da Família	30
6.2 Fatores relacionados aos macro determinantes em saúde	31
6.2.1 Falta de cuidado da população com o ambiente em que vive	32
6.2.2 Descrédito da população na ocorrência e na gravidade da doença	39
6.2.3 Qualidade dos serviços diretos e dos relacionados ao controle do dengue	43
6.2.4 Influência da situação sócio-econômica na ocorrência e no controle do dengue	49
6.3 Campanhas de educação e controle do dengue	51
6.3.1 Campanhas de qualidade, mas sem continuidade	52
6.3.2 Ação educativa prejudicada pela exigência de produtividade e pela diversidade de atribuições	56
6.3.3 Informações que estão disponíveis não são observadas no cotidiano	57
6.3.4 Campanhas realizadas de forma individual ou em grupos específicos	59
6.4 Conseqüências da ocorrência do dengue	59
6.4.1 Evidência da falta de estrutura dos serviços para atender o aumento da demanda	60
6.4.2 Transferência de responsabilidades da população para os serviços	63
6.4.3 Mudanças de comportamento no período pós-dengue	64
6.5 Sugestões para melhoria das ações de educação e comunicação no controle do dengue	65
6.5.1 Fiscalização e punição	65
6.5.2 Investimento na educação de crianças e adolescentes	67
6.5.3 Acesso a informações oficiais atualizadas	68
6.5.4 Ação multidisciplinar e inter setorial	69
7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MICRORREGIÃO DE DOURADOS	71
7.1 Apresentação do grupo de Agentes comunitários de saúde	71
7.2 Similaridades dos discursos	71
7.3 Discursos do Sujeito Coletivo dos Agentes Comunitários de Saúde	72

7.3.1 Atividades realizadas	72
7.3.2 Experiência da doença	74
7.3.3 Representações sobre o veneno	75
7.3.4 Representações sobre as dificuldades na cobrança de atitudes da população	76
8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MICRORREGIÃO DE DOURADOS.....	78
8.1 Apresentação do grupo usuários das Estratégias de Saúde da Família	78
8.2 Similaridades encontradas no discurso da população.....	78
8.3 Discursos do Sujeito Coletivo dos usuários das Estratégias de Saúde da Família	79
8.3.1 Representações sobre o vetor e o veneno.	79
8.3.2 Representações sobre o setor público.	80
9 CONCLUSÕES	83
REFERÊNCIAS	85
ANEXO A – MAPA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS DIVIDIDO POR NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)	93
ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS	94
APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	95
APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PSF	96
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM ACS	97
APÊNDICE D – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS CADASTRADOS NO PSF	98

1 INTRODUÇÃO

Dentre as doenças reemergentes das regiões tropicais, o dengue é a doença de maior importância na atualidade, atingindo, segundo a Organização Mundial de Saúde, cerca de 100 milhões de pessoas em todo o mundo.

Entendendo a magnitude desta realidade, o Ministério da Saúde editou o Programa Nacional de Controle do Dengue (PNCD), com nove prioridades para pesquisas, das quais destaca-se o desenvolvimento e aplicação de metodologia de avaliação das atividades dos Programas Municipais de Controle do Dengue nos aspectos relativos à gestão integrada de seus componentes (vigilância entomológica, vigilância epidemiológica, assistência, comunicação e mobilização) e o desenvolvimento de estudo para percepção de risco da população em relação ao dengue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2007).

Nas prioridades destacadas, há a linha de pesquisa epidemiologia, vigilância e controle que propõe o desenvolvimento de estudo para avaliação dos conhecimentos, percepção de risco e práticas da população em relação ao dengue com vistas a aportar subsídios ao aprimoramento do componente de comunicação e mobilização social.

Os destaques acima justificam a escolha do tema e do enfoque dado à presente pesquisa, que busca entender as diferenças de percepção sobre o dengue de forma a contribuir para a melhoria da comunicação entre profissionais de saúde e população, visando o controle da doença.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 A doença

O dengue é uma doença causada por um vírus do gênero *Flavivirus*, da família *Flaviviridae*. Já foram identificados quatro sorotipos diferentes do vírus dengue: DEN-1 e DEN-2 isolados em 1943 por cientistas japoneses e americanos e DEN-3 e DEN-4, isolados posteriormente por Hammon *et al.* na década de 50 (CUNHA e NOGUEIRA, 2005). Os quatro sorotipos identificados são sorologicamente relacionados, mas, antigenicamente distintos, o que confere imunidade homóloga permanente e heteróloga transitória, de dois a três meses (CUNHA, 1997; QUERALES, 2002).

Seu vetor é o mosquito *Aedes aegypti*, originário da África, espécie do subgênero *Stegomyia*, cujo nome científico significa Indesejável do Nilo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). É uma espécie tropical e subtropical que vive na região central do globo e em altitudes não superiores a 1.800m (DONALÍSIO; GLASSER, 2002; FORATTINI, 2002; RODHAIN; ROSEN, 1997).

O dengue é uma doença infecciosa febril aguda, geralmente benigna, mas que pode evoluir para sua forma hemorrágica ou síndrome do choque (SCHECHTER; MARANGONI, 1998). Tem início quase sempre súbito, com febre alta, prostração, cefaléia, dor retro orbitária, mialgia e artralgia. Frequentemente ocorrem dor de garganta, náuseas, vômitos, dor epigástrica e diarreia. A sensação de dor muscular predomina na região lombar e membros inferiores. Em crianças esta queixa não é frequente, predominando dor de garganta e no abdome. A febre pode prolongar-se por três a oito dias, às vezes interrompida por período de apirexia. Quando a febre começa a regredir, podem surgir petéquias nos pés, pernas, axilas e abóbada palatina. É frequente, neste período, o aparecimento de exantema máculo-papular ou escarlatiniforme, na maioria das vezes a partir do tronco. Evolutivamente alguns pacientes apresentam prurido, por vezes intenso. Manifestações hemorrágicas tais como epistaxe e gengivorragia, podem ocorrer em alguns casos, mesmo nas formas benignas da doença. Alguns casos podem evoluir com sangramentos intensos (comumente hemorragia digestiva) e choque deles decorrentes. Em outras palavras, as manifestações hemorrágicas não são exclusivas da forma grave ou do dengue hemorrágico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

2.2 O controle da doença

Historicamente as políticas de saúde e as ações de combate à dengue são pautadas no controle vetorial, com atividades de campo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; PENNA, 2003; LEFÈVRE et al. 2004; PARKS; LLOYD, 2004; TORRES, 2005). Entretanto, o controle do dengue deve ser multidirecionado, com ações voltadas também para promoção com educação em saúde, o diagnóstico precoce, o tratamento adequado e a prevenção da disseminação do vírus.

A eficácia de tais estratégias mostra sua importância, entretanto não podemos deixar de reconhecer que a participação da população é fundamental, e que sem ela o controle do dengue será sempre um problema de saúde pública.

No Brasil, o combate ao vetor, por ser causa de febre amarela, teve início entre 1902 e 1907, seguidos de programas de combate ao vetor, implantados nas décadas de 40 e 50, sendo, o vetor, considerado erradicado em 1955. Houve depois a reintrodução do mosquito em 1967, nova erradicação em 1973 e retorno do vetor em 1976 em função de falhas nas ações de controle e mudanças ambientais e sociais ocorridas neste período (BRAGA; VALLE, 2007).

Os autores supracitados fazem um resgate histórico dos programas de controle do dengue no Brasil, citando a elaboração, em 1996, do Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), que, entretanto não conseguiu implementar todas as ações programadas, principalmente nas áreas de informação, educação e comunicação social.

Com a certeza de que a erradicação não era uma meta viável, a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), responsável pela coordenação das ações de controle do dengue, elaborou o Plano de intensificação das Ações de Controle do dengue (PIACD/ 2001), seguido pelo Programa Nacional de Controle do dengue (PNCD/2002), atualmente em vigor.

Uma estratégia específica aplicada no Brasil é a comunicação para impacto comportamental (Communication and Marketing Integrated for Behaviour Impact - COMBI), que é um modelo de planejamento para mobilização e comunicação social que visa promover a mudança de comportamento para prevenção do dengue (PARKS; LLOYD, 2004).

2.3 Equipes de Saúde da Família no controle do dengue

Com a implantação dos princípios da reforma sanitária, iniciou-se a reorganização do modelo assistencial em saúde, cujas bases estão descritas no Manual para Organização da

Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Essa reorganização está pautada no modelo de vigilância em saúde, definida como uma proposta de reorganização das práticas de saúde que leva em conta, por um lado, a busca da integralidade do cuidado à saúde e, por outro, a necessidade de adequar as ações e serviços à situação concreta da população de cada área territorial definida em função das características sociais, epidemiológicas e sanitárias, seja um distrito sanitário, um município ou uma microrregião de saúde (TEIXEIRA, 2003).

A vigilância em saúde é composta pelas dimensões político-gerencial e técnico-sanitária. A primeira engloba o reconhecimento dos problemas de saúde, o planejamento e a programação das ações, e a comunicação. A segunda dimensão engloba o controle dos determinantes, dos riscos e dos danos à saúde (TEIXEIRA; PINTO; VILASBOAS, 2003). Desta forma a vigilância em saúde supera os modelos assistenciais vigentes, incorporando práticas coletivas, individuais e utilizando conceitos e práticas da geografia, da administração, da epidemiologia e das ciências sociais.

A principal estratégia para essa reorganização tem sido a implantação do programa de saúde da família (PSF) que, apesar de ter sido denominado programa, sempre teve status de estratégia uma vez que, observando os princípios doutrinários do SUS, definiu como diretrizes operacionais o caráter substitutivo, a complementaridade, a hierarquização, a territorialização e a adscrição da clientela (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997). Atualmente, é denominado estratégia de saúde da família (ESF).

Inserem-se nestas diretrizes a vigilância em saúde de forma a fazer uma abordagem integral da família. É uma estratégia que está em processo de constante mudança, atualmente implantado em 5.290 municípios, atingindo, no Estado de Mato Grosso do Sul, 100% dos 78 municípios, com cobertura populacional estimada de 61,3% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Ações de educação em saúde e mobilização social estão inclusas nas atividades de trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) como parte da estratégia adotada pelo PNCD, tanto no Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) como na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Eles devem orientar as famílias sobre as formas de prevenção do dengue, a eliminação dos criadouros e como proceder se surgirem sintomas da doença (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Outra estratégia do PNCD é a capacitação de pessoal, como um dos componentes mais importantes para o controle do dengue. O público alvo do Ministério da Saúde, para estas capacitações, são os ACS, supervisionados pelos enfermeiros, bem como os médicos e os agentes de controle de endemias. Esta capacitação tem ocorrido de forma não sistematizada,

tanto durante a vigência do PEAa, quanto na implantação do PNCD, ainda que neste último estejam incluídas as premissas da COMBI (PARKS; LLOYD, 2004).

2.4 Participação da população no controle do dengue

As diversas mudanças na sociedade contemporânea, bem como as sucessivas epidemias de dengue, vem demandar, da população, uma postura de protagonismo, de forma que é necessário engajar toda sociedade no controle desta patologia, já considerada como problema de saúde pública no país. Para Lefèvre et al. (2007), este engajamento deve estender-se, não só para a população e o poder público, mas para todas as entidades, empresas e organizações, sem o que as medidas de controle adotadas pelos serviços de saúde continuarão sem apresentar os resultados esperados.

Para Cunha (1997), a participação da população tem sido estimulada, mas os resultados são tímidos porque, na elaboração dos planos de controle, a comunidade pouco ou nada participa.

3 MARCO TEÓRICO

O marco teórico metodológico definido para a presente pesquisa é a Teoria das Representações Sociais (TRS), proposta por Moscovici em 1961. Esta teoria tem como antecedente histórico o conceito de representações coletivas de Durkheim.

No resgate histórico da TRS feito por Farr (1995) a psicologia social apresenta duas formas, a saber: a sociológica e a psicológica. A primeira surgiu na Europa a partir das discussões de estudiosos como Moscovici e que, com sua escolha de Durkheim como antecedente, faz evoluir o conceito de representação coletiva para uma sociedade mais complexa, surgindo assim a TRS. A segunda, base dos estudos norte-americanos, tem como expoente Allport e como antecedente histórico, teóricos positivistas como Comte, e, portanto, uma psicologia com forte caráter individualista dos comportamentos seja das pessoas ou das instituições.

Como parte da psicologia social a TRS para Moscovici, é um sistema de interpretação da realidade. Apresenta repulsa entre o dualismo individual/coletivo e é definido pelo mesmo autor como “conteúdos do pensamento do cotidiano e o estoque de ideias que dá coerência às nossas crenças religiosas, ideias políticas e às conexões que criamos tão espontaneamente quanto respiramos” (SPINK, 1996, p. 175).

Para Jovchelovitch (1995), a TRS advém das contradições vividas na relação indivíduo sociedade e é a construção feita a partir de novos conceitos inseridos nas sociedades em constante transformação.

Na discussão de Minayo sobre o conceito das representações sociais (RS) para autores clássicos da sociologia, a autora conclui que as RS são “imagens construídas sobre o real” (1995, p. 108). Então, estas imagens expressam uma determinada realidade “socialmente construída e o saber é uma construção do sujeito, mas não desligada da sua inscrição social” (ARRUDA, 2002, p. 3).

Assim, a TRS mostra a imagem do real construída na realidade de cada indivíduo, dentro de um determinado contexto. Essa interpretação da realidade pressupõe que não haja distinção entre sujeito e objeto da pesquisa, uma vez que toda realidade é representada pelo indivíduo, sendo que “toda representação é, portanto, uma forma de visão global e unitária de um objeto. Para que o indivíduo possa formar essa visão global ele usa elementos de fatos cotidianos e de conhecimentos do senso comum” (OLIVEIRA; SÁ, 2001, p. 609).

A forma de captar a RS é a palavra, por excelência, uma vez que ela torna compreensível identificar as crenças, imagens, metáforas e símbolos compartilhados

coletivamente. Esses itens a serem identificados são pontos comuns na definição de vários autores sobre a TRS (SPINK, 1996). O próprio Moscovici (1978) afirma que toda representação é composta por linguagem e imagem, organizadas, socializadas e entendidas no contexto onde estão inseridos os indivíduos.

Para Madeira a representação social é o “processo pelo qual o sujeito atribui sentido a um dado objeto, a partir de suas experiências” (COSTA; ALMEIDA, 1999). Para a formação deste processo estão envolvidas duas figuras descritas por Moscovici, a objetivação e a ancoragem.

A primeira ocorre quando o indivíduo entra em contato, toma conhecimento de um determinado objeto através da realidade social onde está inserido, formando uma imagem daquele objeto de acordo com a sua experiência de vida e seu contexto. Desta forma o indivíduo tem um conceito do objeto que na teoria das representações sociais é chamado de objetivação.

O segundo processo, como explicam Costa e Almeida (1999), inicia-se com a seleção e descontextualização, onde cada indivíduo faz a seleção do conhecimento de acordo com o acesso que tem à informação. Em consequência dos diferentes níveis de acesso, ocorre a fragmentação do conhecimento. De posse de novas informações o indivíduo procura transformá-las em fatos concretos e familiares à sua realidade, utilizando o seu referencial de forma coerente com a sua visão de mundo. Assim forma o núcleo figurativo do processo de objetivação. Uma vez familiar, o conhecimento deve ser naturalizado para que passe a fazer parte da sua realidade. Para tanto o conhecimento adquirido passa a ter um significado próprio que é coerente com a sua realidade. Esse processo de naturalização é o último passo para transformar o conhecimento adquirido em realidade de senso comum.

A ancoragem é o processo de acolhida e de integração de algo novo a partir do qual esse conhecimento passa a ser utilizado pelo indivíduo em forma de símbolos e ação em seu meio social.

Vê-se, então, que a representação de um objeto ocorre em contato com a realidade já vivida que transforma o conteúdo e as percepções deste objeto. Nota-se que a relação é dialética, uma vez que a percepção do objeto também pode transformar a realidade do indivíduo e do seu meio.

No campo da saúde, a RS tem sido um referencial muito utilizado para preencher algumas lacunas de conhecimento relacionadas ao entendimento do processo saúde/doença a partir da concepção dos seus atores. Esses atores estão envolvidos num processo de produção de conhecimento e atitudes para a manutenção e/ou recuperação da saúde. E neste processo,

as RS são objetivadas e ancoradas de forma bastante singular. Por isso, a RS deve ser a base para captar as dificuldades encontradas por profissionais e usuários no controle efetivo da transmissão do dengue.

Dessa maneira, sinteticamente podemos afirmar que as representações sociais são substratos verbais ou verbo-narrativos que são explicitados nos discursos e mostram o posicionamento individual sobre o tema pesquisado (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009).

Assim, os discursos nos fornecem dados subjetivos cuja construção se dá na dialética entre o indivíduo e a sociedade, mediados pela emoção e pela linguagem (LANE, 2002), concordando com Teixeira (2001) quando afirma que a produção da subjetividade é coletiva, não se contrapondo à objetividade, mas formando um todo complexo na formação e na transformação do sujeito. Toda essa complexidade traz a afetividade na base da noção de subjetividade (SÁ, 2001; VILAS BÔAS, 2004).

Observa-se que os serviços produzem uma grande quantidade de dados subjetivos, sendo que a análise desses dados busca sentidos que os dados quantitativos não conseguem alcançar.

Entretanto, os discursos coletados, em sua forma bruta, são expressões individuais de uma concepção de mundo, sendo processados pelo DSC para dar forma a uma representação social, coletivamente construída.

O processamento dos discursos leva à construção do Discurso do Sujeito coletivo (DSC) que se dá de forma discursiva e não por categorização, utilizando-se, comumente de três figuras metodológicas: as expressões-chave, as ideias centrais e o DSC propriamente dito.

A identificação das expressões-chave semelhantes nos depoimentos é realizada através de sucessivas leituras do discurso de cada sujeito pesquisado. Para Lefebvre e Lefèvre (2005), a expressão-chave é a figura metodológica que revela a essência do depoimento, é exatamente o que o sujeito falou sobre o tema.

Apesar de os pesquisadores seguirem uma lógica bem definida na confecção da(s) questão(ões) norteadora (s) da sua pesquisa, a resposta do entrevistado, geralmente, segue lógica própria, o que faz com que encontremos expressões-chave sobre o tema diluídas em todo o discurso construído. Por isso a importância da leitura sucessiva e atenciosa dos dados para identificação de todas as expressões-chave que apresentem sentido e que melhor descrevem a mensagem emitida pelo entrevistado.

No momento da elaboração do seu discurso, o indivíduo está explicitando a sua representação social sobre o tema proposto, sendo que, na escala de complexidade da técnica, esta etapa está no primeiro nível e produz matéria prima riquíssima para a confecção do DSC.

De posse desses discursos individuais refletindo as representações sociais de um determinado grupo, devem ser identificadas as ideias centrais ali presentes, que constituem a segunda figura metodológica. É a forma mais sintética possível de descrever o sentido atribuído pelo entrevistado, ao assunto discutido. As ideias centrais semelhantes são selecionadas e a identificação da similaridade já pressupõe o agrupamento dessas ideias centrais de forma a construirmos o DSC (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009).

O DSC é a síntese, com sequência lógica, de todas as expressões-chave separadas em cada grupo de ideias centrais. Uma vez construído o DSC, tem-se uma série de dados processados que dará subsídios para uma análise fundamentada do tema.

Neste sentido, o uso do DSC para avaliação de serviços e ações de saúde mostra-se bastante eficaz, já que a técnica sintetiza a opinião do grupo pesquisado e explicita tanto as fragilidades quanto as fortalezas do contexto avaliado.

Duarte, Mamede e Andrade (2008) exemplificaram a primeira fase da técnica, bem como Reis e Andrade (2008) mostraram como utilizar os dois instrumentos de análise de dados (IAD I e IAD II) para a confecção do produto final, o DSC. É essencial para o pesquisador conhecer o processo de construção manual do DSC, mas podemos agilizar este processo utilizando o software Qualiquantisoft®, desenvolvido para facilitar a tabulação de dados de pesquisas baseadas nesta metodologia (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

A técnica do DSC, com o uso do QualiQuantiSoft®, produz informações quantitativas, com frequências absolutas e relativas, sobre os dados colhidos. Essas informações dizem respeito à quantidade de informantes que se referiram a uma determinada ideia central, e, portanto, fez parte da composição final do DSC. As frequências, sejam elas absolutas ou relativas, referem-se, então, às respostas contidas nos discursos individuais e que se encontram agrupadas no DSC e não no número de ideias centrais identificadas na pesquisa. Estes dados mostram a relevância da representação para o grupo pesquisado e podem compor a justificativa das propostas de intervenção nos vários locais de atenção à saúde.

Em relação aos resultados qualitativos, representados pelo DSC, seu uso apresenta infinitas possibilidades, uma vez que, além de ser enriquecido pelo meta-discurso, ainda propicia outras interpretações à luz dos diversos olhares possíveis, que dependem da bagagem de conhecimentos e vivências que traz o leitor. Em relação ao DSC isso se aplica, bem como a

facilidade de visualização das ideias centrais quando na leitura apurada dos discursos produzidos.

A partir desta etapa passamos para o terceiro nível de complexidade, representado pelo meta-discurso, na tentativa de explicar, através do diálogo com a teoria, o sentido do texto empírico (LEFÈVRE; LEFÈVRE; MARQUES, 2009). O meta-discurso é, tradicionalmente, o tratamento teórico dos dados de uma pesquisa, a comparação dos achados com a literatura já estabelecida nas publicações científicas. É a interpretação do saber científico sobre o saber do senso comum. Quando se usa o DSC, o meta-discurso faz um diálogo entre o discurso empírico e o científico num mesmo nível de relevância, de forma a fazer com que todo o conjunto se apresente harmônico. É interessante observar que o meta-discurso é a produção de sentido do pesquisador sobre o discurso produzido, que dão forma ao texto final da pesquisa.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo Geral

Analisar as representações sociais de profissionais e usuários de unidades de saúde da família, sobre o dengue na microrregião de Dourados-MS.

4.2 Objetivos específicos

Para o alcance do objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- a) identificar os conceitos da população e profissionais de saúde sobre o dengue;
- b) identificar como os profissionais de saúde e população avaliam a ação comunicativa no que se refere ao dengue;
- c) verificar as implicações da ocorrência do dengue para o serviço e para a população, na perspectiva dos entrevistados;
- d) identificar, segundo os entrevistados, as sugestões para uma efetiva melhora nas ações de educação, comunicação e controle do dengue.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

Este estudo tem desenho qualitativo que segundo Minayo e Sanches (1993, p. 247) “trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões” de forma a abranger intensamente o grupo delimitado.

O desenho qualitativo é descrito por Driessnack, Sousa, Mendes (2007) como uma forma de explorar temas pouco pesquisados na área de saúde ou onde a pesquisa quantitativa não parece ter produzido conhecimento adequado para responder a questões que envolvem aspectos subjetivos da realidade.

Discutindo as diferenças entre os desenhos de pesquisa qualitativo e quantitativo, Turato (2000) Pita Fernández e Pértegas Diaz (2002) e Gunther (2006) afirmam a importância não se colocar essas diferenças de forma dicotômica, mas entender que o desenho de uma pesquisa está intrinsecamente ligado ao seu objeto de interesse e aos recursos disponíveis para a sua realização. A pesquisa qualitativa não procura explicar o tema selecionado através de variáveis e sim compreender o tema para produzir o conhecimento. A flexibilidade e adaptabilidade são as principais características da pesquisa qualitativa e pressupõe um cuidado especial na construção do referencial teórico e uma estrutura metodológica consistente.

Para Turato (2000, 2005) a pesquisa qualitativa se funda nas relações de sentido e de significado dos fenômenos. Para este autor sentido é o percebido física e/ou emocionalmente, já significado é a “representação” do sentido, do percebido pelo indivíduo ou pelo coletivo.

5.2 Local da pesquisa

A macrorregião de Dourados, situada na região sul do Estado de Mato Grosso do Sul, engloba 35 municípios, sendo apenas um de médio porte – Dourados.

A microrregião de Dourados é composta por 11 municípios com extensão territorial de 21396 km² que representa 5,99% da área total do Estado (Figura 1). Os municípios que fazem parte da microrregião de Dourados estão dispostos na Figura 2.

Dourados é o segundo maior município do Estado de Mato Grosso do Sul, com 189.762 habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e é referência na área de saúde. A atenção básica está organizada em uma rede composta por unidades básicas (UB), unidades

de saúde da família (USF), unidades de atendimento secundário e terciário. Existem 37 equipes de saúde da família (ESF), sendo cinco na área rural.

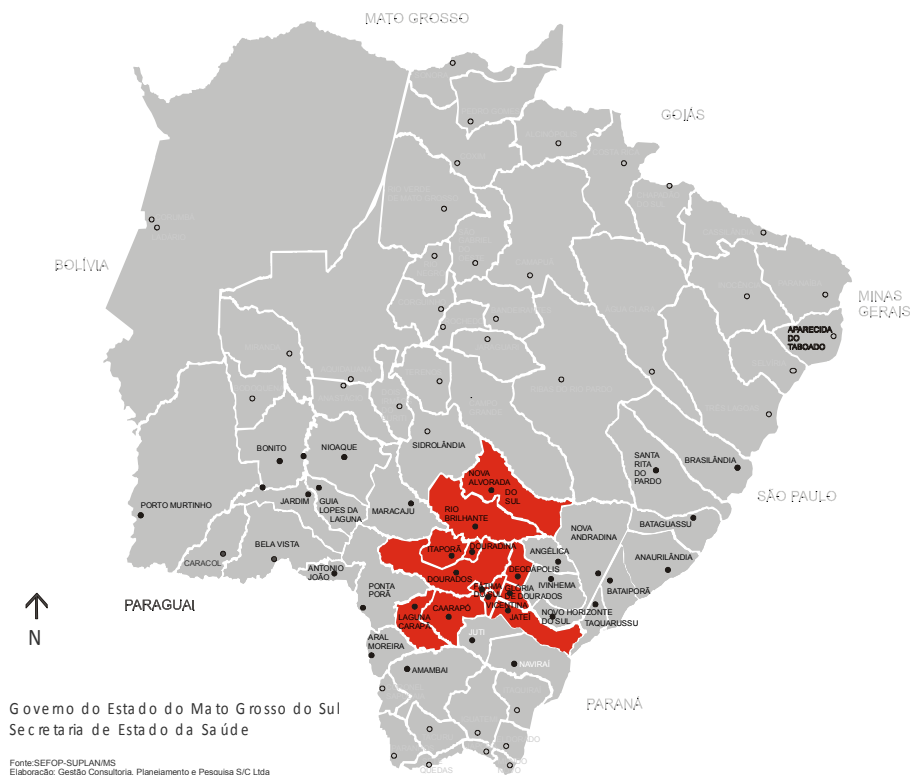


Figura 1 - Mapa de Mato Grosso do Sul com identificação da Microrregião de Dourados

Os cinco municípios da microrregião de Dourados, selecionados para pesquisa são de pequeno porte (menos de 50.000 habitantes), sendo que Caarapó, Fátima do Sul, Glória de Dourados e Itaporã têm quatro ESF cada e Rio Brilhante tem oito ESF.

A pesquisa foi realizada em todas as Unidades de Saúde da Família (USF) de Dourados e de cinco municípios da microrregião que têm quatro ou mais USF

Região	Microrregião	Módulo Assistencial	Municípios abrangidos
Dourados	Dourados	Dourados	1. Dourados 2. Douradina 3. Caarapó 4. Laguna Carapã 5. Itaporã
		Rio Brilhante	6. Rio Brilhante
		Fátima do Sul	7. Fátima do Sul 8. Deodápolis 9. Jateí 10. Vicentina 11. Glória de Dourados

Figura 2 - Composição da microrregião de saúde de Dourados/MS

5.3 População e amostra

Para efeito de definição da amostra, definiram-se como sujeitos da pesquisa os profissionais de saúde inseridos na ESF e usuários cadastrados em cada USF selecionada para a pesquisa.

Os profissionais de saúde que compõem a ESF foram divididos em duas categorias: os de nível superior e os de nível médio. Médicos e enfermeiros são do primeiro grupo, enquanto que no segundo grupo estão os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde.

Usuários são definidos como moradores da região geográfica atendida por cada USF e que são cadastrados pelos ACS, bem como acompanhados por toda ESF.

Em Dourados a população de profissionais elegíveis para participar da pesquisa foi de 320 profissionais de saúde (32 médicos, 32 enfermeiros, 64 auxiliares de enfermagem e 192 agentes comunitários de saúde) e 320 usuários (10 de cada USF).

No momento da coleta de dados, estavam implantados, na microrregião de Dourados, 24 ESF, com 24 médicos, 24 enfermeiros, 48 auxiliares de enfermagem, 144 agentes comunitários de saúde, totalizando 240 profissionais. A escolha dos usuários foi também de 10 por USF, totalizando 240.

Assim, a população elegível foi de 1.120 sujeitos, sendo metade de profissionais de saúde e a outra metade de população adstrita às ESF (Figura 3).

A seleção da amostra foi feita pela saturação das respostas em cada categoria escolhida para pesquisa. Assim, as entrevistas foram feitas com todos os profissionais e dez usuários de cada ESF, sendo que conforme cada categoria atingiu a saturação, ela foi eliminada da entrevista na próxima ESF. Este esquema de seleção da amostra foi feita tanto para Dourados quanto para os municípios da microrregião.

A saturação é definida como “o estado onde nenhum outro dado novo e relevante para o estudo emerge e os elementos de todos os temas, conceitos e teoria já foram considerados” (DRIESSNACK; SOUSA; MENDES, 2007, p. 3). É, então, uma amostragem intencional caracterizada por Fontanella, Ricas e Turato (2008) como uma ferramenta prática para fechamento do tamanho amostral.

No processo de leitura flutuante inicial dos discursos produzidos, observou-se semelhanças importantes entre as falas de médicos, enfermeiros e auxiliares. Assim, os resultados foram apresentados em análise dos grupos dos profissionais médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, grupo de agentes comunitários de saúde e o último grupo de

análise foi de usuários de saúde. Vale ressaltar que estes dois grupos foram entrevistados através da técnica de grupo focal.

Municípios abrangidos	População-Alvo (1.120)	Amostra (224)	Entrevistados (168)
1. Dourados	32 médicos 32 enfermeiros 64 AE 192 ACS 320 usuários	7 médicos 7 enfermeiros 14 AE 42 ACS 64 usuários das UBSF	8 médicos 11 enfermeiros 11 AE 43 ACS 21 usuários das UBSF
2. Caarapó	4 médicos 4 enfermeiros 8 AE 24 ACS 40 usuários	1 médico 1 enfermeiro 2 AE 6 ACS 10 usuários das UBSF	2 médicos 1 enfermeiro 2 AE 7 ACS 10 usuários da UBSF
3. Itaporã	4 médicos 4 enfermeiros 8 AE 24 ACS 40 usuários	1 médico 1 enfermeiro 2 AE 6 ACS 10 usuários das UBSF	1 enfermeiro 2 AE 5 ACS
4. Rio Brilhante	8 médicos 8 enfermeiros 16 AE 48 ACS 80 usuários	2 médicos 2 enfermeiros 4 AE 12 ACS 20 usuários das UBSF	1 médico 1 enfermeiro 1 AE 12 ACS
5. Fátima do Sul	4 médicos 4 enfermeiros 8 AE 24 ACS 40 usuários	1 médico 1 enfermeiro 2 AE 6 ACS 10 usuários das UBSF	1 enfermeiro 1 AE 6 ACS 7 usuários das UBSF
6. Glória de Dourados	4 médicos 4 enfermeiros 8 AE 24 ACS 40 usuários	1 médico 1 enfermeiro 2 AE 6 ACS 10 usuários das UBSF	1 médico 1 enfermeiro 12 ACS

Figura 3 – Composição da população elegível e da amostra entrevistada.

5.4 Coleta de dados

Para coleta de dados foram utilizadas duas estratégias: a entrevista semiestruturada e a técnica de grupo focal, buscando-se os aspectos referentes às representações sociais dos entrevistados sobre o dengue (Apêndice B).

Para apreensão da complexidade das RS, um dos instrumentos mais usados na coleta de dados é a entrevista que privilegia a fala por meio dos discursos produzidos pelos entrevistados, favorecendo o diálogo e o acesso às opiniões (FRASER; GONDIN, 2004).

Para Minayo, Assis e Souza (2005, p. 91) as entrevistas são “conversas com finalidade” e podem ser classificadas como sondagem de opinião, semiestruturada, aberta ou em profundidade, focalizada e projetiva. Cada uma objetiva captar um tipo específico de dado qualitativo.

Nas pesquisas com DSC o tipo de entrevista mais utilizada é a semiestruturada que combina perguntas diretas com questões norteadoras do tema. As primeiras têm o objetivo de descrever a população pesquisada e a segunda de verificar como esta população percebe o mundo. A interação com o pesquisador é essencial para que o entrevistado desenvolva sua linha de pensamento sobre o tema proposto de forma que se produza dados concretos de suas percepções, opiniões e sentimentos.

Entrevista semiestruturada ou semi-dirigida é um guia que serve como roteiro para o que Fontanela, Campos e Turato (2006, p. 3) chamam de “uma relação humana, na qual um dos integrantes deve procurar saber o que está acontecendo e deve atuar segundo este conhecimento”.

As entrevistas foram realizadas individualmente com os profissionais de saúde de nível superior e com os auxiliares de enfermagem. Foram agendadas por telefone ou pessoalmente, de acordo com a disponibilidade dos sujeitos, que escolheram horário e local para a sua realização. Foi também solicitada autorização para gravação da entrevista que foi transcrita literalmente logo após o seu término.

No primeiro contato da entrevistadora com os entrevistados (as) foi explicado o objetivo da pesquisa, apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE (Apêndice A) que, depois de lido, foi assinado pelo sujeito, ficando uma via com o entrevistado e outra com o entrevistador. Após assinatura no TCLE teve início a coleta de dados com a explanação sobre a questão norteadora.

Para atingir um número expressivo de entrevistados em Dourados, as entrevistas foram agendadas em USF de cada uma das três regiões de Núcleo de Apoio à Saúde da Família –

NASF (Anexo A), seguindo o sentido horário, iniciando-se pelo NASF I – Seleta. Seguiu-se então para o NASF II – Vila Rosa e repetiu-se o procedimento no NASF III – Santo André. Em cada NASF foi sorteada uma ESF para realizar a entrevista. Este processo foi interrompido quando, para cada categoria pesquisada, atingiu-se a saturação das respostas.

Nos municípios da microrregião de Dourados, já selecionados, as entrevistas foram realizadas em equipes de saúde da família sorteadas em cada um dos municípios seguindo a ordem de sorteio. Assim, foi sorteada uma USF de Caarapó onde foram realizadas as entrevistas, depois foi sorteado uma USF de Rio Brillhante, repetindo-se o processo. A seguir foi feito o mesmo procedimento em Itaporã, Gloria de Dourados e Fátima do Sul.

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que pretende coletar dados através das interações grupais, fazendo análise da comunicação ocorrida durante as reuniões com temas específicos e pré-determinados (TRAD, 2009).

Segundo Dias (2000), o objetivo central do grupo focal é identificar percepções, sentimentos, atitudes e ideias dos participantes a respeito de um determinado assunto. O grupo focal se inicia com um grupo de seis a 10 pessoas selecionadas com base em suas características, homogêneas ou heterogêneas. A reunião é completamente flexível e não estruturada, dando margem à discussão sobre qualquer assunto. A estrutura para a realização do grupo focal é representada na Figura 4.

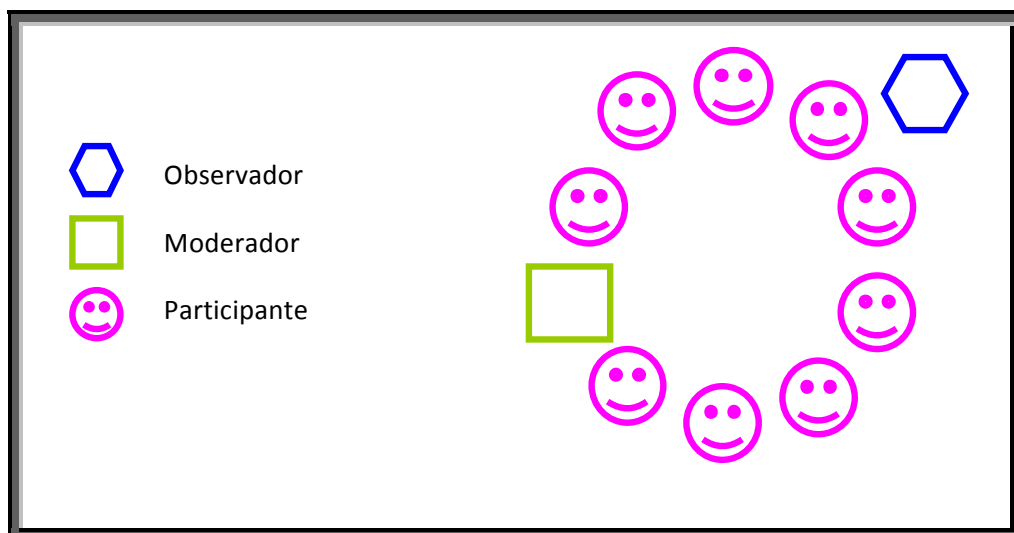


Figura 4 - Organização do ambiente físico para o funcionamento do grupo focal

Grupo focal é uma técnica de pesquisa de abordagem rápida que permite chegar ao objetivo da pesquisa em um tempo relativamente curto, já que reúne em um único momento, diversos sujeitos com características homogêneas em relação ao objeto pesquisado.

Foram realizados dois grupos focais para cada ESF, um com os ACS (Apêndice C) e outro com os clientes (Apêndice D). Os coordenadores de cada ESF foram comunicados e fizeram o agendamento das reuniões com todos os ACS e com usuários da USF que aceitaram participar da pesquisa. As reuniões ocorreram na própria USF em dois momentos distintos.

5.5 Análise dos dados

Os dados resultantes foram analisados considerando-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, proposto por Lefèvre e Lefèvre (2003).

O Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica de tabulação e organização de dados qualitativos apresentados através de um discurso síntese redigido na primeira pessoa do singular e elaborado com os mais significativos extratos de depoimentos de sentido semelhante. Fundamenta-se na Teoria das Representações sociais e consiste em analisar as ideias centrais, ancoragens e expressões-chave semelhantes presentes nos discursos individuais.

Para este estudo foram utilizadas três figuras metodológicas: a expressão-chave (E-Ch), a ideia central (IC) e o discurso do sujeito coletivo (DSC).

Para Lefèvre e Lefèvre (2003) a expressão-chave é a figura metodológica que revela a essência do depoimento, é o que o sujeito falou sobre determinado tema.

A ideia central é a descrição do sentido presente na expressão-chave.

5.6 Princípios éticos

O presente estudo seguiu as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1996), e foi encaminhado para apreciação pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, obtendo Carta de Aprovação no. 1429/2009 (ANEXO B)

Como se trata de uma pesquisa descritiva utilizando entrevistas individuais e em grupo, esta pesquisa não apresentou riscos para os sujeitos.

Os dados coletados foram arquivados com os pesquisadores pelo período de cinco anos, exigido pela legislação, sendo usados para a confecção do relatório final desta tese, em artigos e documentos para publicação.

6 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MICRORREGIÃO DE DOURADOS

6.1 Apresentação do grupo de profissionais da Estratégia de Saúde da Família

Foram entrevistados 12 médicos (26,6%), 16 enfermeiros (35,6%) e 17 auxiliares de enfermagem (37,8%), com média de idade de 39,95 anos, sendo a maioria na faixa etária de 31 a 50 anos (57,8%) e mais de um dois terços do sexo feminino (75,5%).

Do total da amostra, 26 são pós-graduados (57,8%), sendo que 14 deles fizeram especialização na área de saúde pública ou saúde da família. Em relação à capacitação específica em dengue, 24 entrevistados (53,3%) responderam que tiveram algum treinamento promovido pelas Secretarias Municipais de Saúde, mas todos de curta duração, em média de oito horas. O total de entrevistados foi de 20,1% da população elegível para a pesquisa.

Módulo Assistencial	Municípios selecionados	Numero de entrevistados
Dourados	1. Dourados	11 enfermeiros 8 médicos 11 auxiliares de enfermagem 43 agentes comunitários de saúde 21 usuários das UBSF
	2. Caarapó	1 enfermeiro 2 médicos 2 auxiliares de enfermagem 7 agentes comunitários de saúde 10 usuários da UBSF
	3. Itaporã	1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem 5 agentes comunitários de saúde
Rio Brilhante	4. Rio Brilhante	1 enfermeiro 1 médico 2 auxiliares de enfermagem 12 agentes comunitários de saúde
Fátima do Sul	5. Fátima do Sul	1 enfermeiro 2 auxiliares de enfermagem 6 agentes comunitários de saúde 7 usuários das UBSF
	6. Glória de Dourados	1 enfermeiro 1 médico 1 auxiliar de enfermagem 12 agentes comunitários de saúde

Figura 4 – Número de entrevistados nos municípios selecionados para pesquisa na microrregião de saúde de Dourados/MS

6.2 Fatores relacionados aos macro determinantes em saúde

Os Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) confeccionados a partir das falas de médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem que responderam a primeira questão norteadora sobre os fatores que contribuem para a ocorrência do dengue, mostram quatro ideias centrais (IC) descritas na Tabela 1.

Tabela 1 – Frequência absoluta e relativa dos fatores apontados por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem para ocorrência de dengue, macrorregião de Dourados, 2010

Ideias Centrais	Médicos (n=12)		Enfermeiros (n=16)		Auxiliares de enfermagem (n=17)		Total (n=45)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Falta de cuidado com o ambiente	8	66,7	16	100,0	13	76,5	37	82,2
Descrédito na ocorrência e na gravidade da doença	10	83,3	10	62,5	10	58,8	30	66,7
Serviços diretos e relacionados ao controle do dengue	7	58,3	8	50,0	9	52,9	24	53,3
Situação socioeconômica da comunidade atendida	-	-	5	31,3	6	35,3	11	24,4

Em relação à IC que relata a falta de cuidado com o ambiente, encontra-se DSC sobre o descaso da população com o seu entorno, o comodismo, aspectos de hábito e cultura e a resistência da população às orientações recebidas dos profissionais das ESF.

Conforme descrito na Tabela 1, houve 100% de menções desses aspectos entre os enfermeiros e percentuais não inferiores a 65% nas outras categorias profissionais. Observa-se que a responsabilização da população em relação ao cuidado com o ambiente é ideia concreta nas RS dos profissionais entrevistados, provavelmente relacionado ao desconhecimento sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.

A relação entre a situação socioeconômica e a ocorrência do dengue não foi apontada pelo grupo de médicos, que teve mantido o foco no comportamento de descrédito da população em relação à ocorrência e a gravidade da doença.

6.2.1 Falta de cuidado da população com o ambiente em que vive

Os discursos seguintes mostram os aspectos encontrados na IC sobre a falta de cuidado da população com o ambiente em que vive.

Descaso da população com o seu entorno

Eu acho que a população não se conscientizou ainda com as questões que os ovos permanecem lá. Elas não acreditam e quando acreditam são desleixadas. Elas não cuidam nem dentro da casa, muito menos do lado de fora. Mas porque, sendo que tem coleta? Então o que falta é uma conscientização da população e poder público, é falta de estar sempre com o foco ali pra ter assim um maior controle sobre nos quintais de casas e terrenos baldios. Normalmente você vai lá, mostra que tem, mas é a aquela coisa, a pessoa não se sente responsável por aquilo. Parece uma negação, né? Porque, o agente de saúde vai, vira a latinha e na semana que vem está tudo igual. Porque assim, quando a gente tá na campanha de coletar, de distribuir saco de lixo, tá todo mundo empenhado em estar coletando e tudo. Aí passa aquele período que a gente tá fazendo alguma atividade, o pessoal esquece, não dá valor, é uma coisa que elas não dão importância, não sei por que, talvez a população acaba se esquecendo um pouco mais do dengue mesmo. Porque o dengue tem esses ciclos. Então quando eles deixam de aparecer, a população, um pouco deixa mesmo de lado, mesmo porque não foi tão anunciado o dengue esse ano, não foi tão trabalhado em cima, porque nós não tivemos tantos casos. Então assim, eu acho que é isso, quando acontece uma diminuição a população acaba se esquecendo, acaba deixando de lado um pouco. Eles não tem o capricho de plantar uma grama em frente de casa, fazer um jardim bonito. A criança come o iogurte e do jeito que come joga ali e fica ali mesmo. Mora na terra, vai viver na terra e não faz nada pra melhorar a situação. É basicamente o descuido com a higiene do ambiente mesmo, relaxo, preguiça, comodismo. A displicência dos moradores, da população. As pessoas acho que são muito superficiais em tudo, tanto no relacionamento, tanto em qualquer coisa.

Neste DSC aparecem a falta de cuidado, o desleixo, a falta de responsabilidade, o imediatismo, os maus exemplos de comportamento e a superficialidade nas relações humanas.

Observa-se uma correlação direta entre o fato de que a população não acredita nas informações técnicas sobre dengue e o comportamento desleixado em relação ao cuidado com

o meio ambiente. Ao descuido com o micro espaço, atribui-se o desconhecimento ou a baixa conscientização do papel individual na construção do coletivo. Este descaso generalizado é descrito por Boff (2000) como um dos sintomas da crise civilizacional e que enfatiza a necessidade do cuidado com a terra nos pequenos detalhes do nosso cotidiano, em suas palavras “o próprio nicho ecológico” (p. 135).

A referência à falta de conscientização da população permeia todo o discurso, mas é importante frisar que essa conscientização, tão necessária na ótica dos profissionais, não é um processo simples, já que a experiência da doença é fator preponderante para formar o que Bosi e Affonso (1998, p. 359) chamam de “consciência preventiva”. Esta não ocorre só porque existe um saber que é passado dos profissionais para a população, mas decorre de sua experiência com a saúde e a doença. Assim, a orientação e, muitas vezes, a limpeza dos quintais, realizada pela equipe de saúde, não leva a uma postura permanente de conservação do meio e consequente formação de hábitos higiênicos. Marzocki (2004) enfatiza que é um grande desafio manter a população motivada, principalmente em casos em que a doença tem ocorrência endêmica e esporádica. Associado a isso existem ações de planejamento do PNCD, verticalizado e não integrado, que não incentiva adequadamente a mudança efetiva de comportamento da população para ações de prevenção e controle da doença (SANTOS; CABRAL; AUGUSTO, 2011).

Vale ressaltar que o processo de criação de uma consciência preventiva é influenciado diretamente pela polifasia cognitiva, conceituada como o uso de diversos saberes, independente do contexto, mas dependente de circunstâncias e interesses particulares (JOVCHELOVITCH, 2004). Este conceito, geralmente não tem a devida atenção dos profissionais. A ausência, no DSC, de aspectos relacionados a amplitude de conhecimentos da população mostra o quanto o profissional ainda precisa incorporar os diversos conceitos que formam a consciência coletiva.

Essa dificuldade em “tomar consciência” atribuída a população é explicada no DSC como uma “negação” de sua responsabilidade em relação ao meio ambiente. Os profissionais entrevistados não entendem porque, apesar do trabalho realizado nas casas, ainda ocorre a situação de descaso com o ambiente. O processo de negação do aprendido passa pela lógica Aristotélica do “ou é ou não é” onde uma coisa é sempre contrária a outra, mas que não significa que um ou outro sejam necessariamente falsos ou verdadeiros (D’AGORD, 2006; SOUZA, 2010).

Assim, pela lógica dos profissionais, os quintais estão sempre sujos porque existe certa negação da necessidade real de manutenção da limpeza, que deve ser realizada pelos agentes

públicos e não são entendidas como responsabilidade individual. Tal postura corrobora os achados de Lefèvre et al. (2007) que afirmam que existe uma tendência ao relaxamento das medidas preventivas por parte da população, mesmo apresentando alto nível de conhecimento. Ocorre que a manutenção constante da higiene ambiental é fator preponderante para a prevenção de epidemias e diminuição dos riscos de transmissão do dengue (GUZMAN; GARCIA; KOURI, 2006).

Comodismo
Com certeza o município também tem parte porque tentando diminuir os casos lançou mão de algumas estratégias, e aí a estratégia levou o povo ao comodismo... agora pra tirar tá difícil. O sistema político transformou o usuário do SUS em um "abusuário". Isso é do ser humano, se acomodar: deixa as vasilhas de boca pra cima e fica. Mesmo ele esclarecido ele é incapaz de virar uma lata com água. Ele dificilmente vai cooperar, aquele que não é da área de saúde. Porque as agentes sempre reclamam que passam na casa, que orientam toda vez. Aqui eu costumo dizer a pobreza não é pobreza financeira é pobreza de mentalidade de espírito não tem perspectiva de vida a única perspectiva que tem aqui é de encostar-se ao INSS só essa perspectiva. É multifatorial, mas o principal é que ainda falta muita educação do povo. É as piscinas você vê tem um monte de casas que fica aí fechada com as piscinas sujas, você vai passar visitas você vê sacolinha de plástico no chão, aquilo ali tá acumulando água. O que o município, o estado vai poder fazer? Vai ter que contratar agente para limpar quintal, casa por casa? Porque é isso que falta, Mas acho que a culpa não é do SUS do Governo. Porque cada um tem que fazer sua parte, tem médico, tem remédio, mas as próprias pessoas não se importam, não correm atrás de limpar um quintal, de tirar o lixo. E, por incrível que pareça, é falta de coragem mesmo. Seria mais a falta de dedicação da comunidade mesmo, porque conhecimento eles têm, eu acho que é mesmo falta de, de vontade deles, de estar atento àqueles cuidados: limpar o quintal, observar as coisas com mais vontade mesmo.

O DSC aponta o comodismo como uma característica individual, generalizando este conceito para toda população, mas com uma particularização do profissional de saúde. Vale ressaltar que o profissional de saúde é ser humano que passa pelos mesmos processos de aceitação e incorporação de condutas. Não foram encontrados estudos referentes às condutas de profissionais a respeito das práticas privadas de controle do dengue, o que faz com que não

haja suporte para confirmar ou refutar esta afirmação. Acredita-se que, uma vez que o profissional é visto como exemplo na sua área de atuação, suas práticas devem ser pautadas pelo conhecimento técnico. Importante frisar que, conforme será discutido no item sobre capacitação, mesmo aqueles profissionais diretamente ligados à assistência direta a população, como é o caso dos profissionais das ESF, possuem muitas lacunas de conhecimento, principalmente nos assuntos relacionados as relações sociais estabelecidas entre os diversos atores envolvidos com as questões do dengue.

Ainda neste DSC, os profissionais atribuem esta acomodação às políticas assistenciais implantadas para a prevenção e controle do dengue. Quando se verifica o histórico dessas políticas e programas (BRAGA; VALLE, 2007), observa-se que, até a edição do PNCD, as ações foram todas voltadas para a erradicação do vetor, ainda que, a partir do Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa I), existisse o componente Informação, Educação e Comunicação (IEC), não efetivamente implantado. Mesmo que o PNCD passasse a ter foco no controle e não na erradicação do *Aedes aegypti*, as ações de educação em saúde são baseadas no repasse de informações para a população sobre prevenção e tratamento do dengue. Assim, as ações não alcançaram mudanças comportamentais, apresentando para a população um cenário assistencialista, o que explica a RS do profissional quando atribui à política de saúde a acomodação da população em relação à dengue. Entretanto, esta representação é mais ampla já que se refere ao SUS e não especificamente ao PNCD. Em sua pesquisa sobre RS de usuários sobre o SUS, Martins et al. (2011) mostram que a população ainda vê o SUS como uma política com mais pontos negativos que positivos, identificando-a como plano de saúde para pobres e de atendimento gratuito, mas marcado pelo sucateamento e corrupção.

Ressalta-se, neste DSC, a percepção da dificuldade de reverter esta situação, uma vez que o setor saúde não consegue atingir aspectos do comportamento humano. Reafirma-se aqui a importância da valorização da consciência preventiva (BOSI; AFFONSO, 1998) para mudar comportamentos. Vale lembrar que é exatamente esta mudança comportamental o objetivo da Communication and Marketing Integrated for Behaviour Impact (COMBI), metodologia proposta pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) após estudos em diversos países realizados a partir de 2000 (PARKS; LLOYD, 2004; BRAGA, 2008).

Ainda que tenha havido um esforço no sentido de capacitar os países para o desenvolvimento desta metodologia, a implantação no Brasil é incipiente, iniciando-se através de um projeto piloto em 2004 para ser desenvolvido em quatro municípios de estados distintos nas regiões nordeste, sudeste e sul. Segundo avaliação de Braga (2008), as ações

foram planejadas para atingir componentes particulares do controle do dengue atingindo apenas parcialmente os objetivos condutais propostos.

Braga e Valle (2007) concluem pela necessidade de investimentos em metodologias adequadas às mudanças de comportamento de forma a garantir ações sustentáveis no médio e longo prazo.

Esta conclusão não foi referida pelos entrevistados e apresentaram ainda outras causas para o comodismo: falta de educação da população, falta de perspectiva de vida e individualismo.

Quando citada a falta de educação, parece referir-se a educação informal, recebida da família e do meio social. Nota-se afirmação de maus hábitos e não que falta educação formal. O que falta é a educação para a cidadania, conforme apontado por Bydlowski, Lefèvre e Pereira (2011, p. 1772) como modo de serem “sujeitos sociais ativos” que possam participar efetivamente nos espaços sociais e políticos de seu contexto.

Habito e Cultura
É um fator cultural. Eu acho que é um pouco da cultura mesmo do brasileiro de deixar se prejudicar né? Só se preocupa na hora que está em cima de uma cama, enfermo. Mas enquanto não estiver afetando a família dele não é com ele não. Eu vejo assim que também é muito cultural, o povo não limpa o próprio quintal por uma questão de cultura, né? Eu falo cultura porque é bem antigo, a cultura deles que é bem antiga. Então acho assim, primeiro de tudo é a falta de cuidado mesmo, falta de compromisso da população. Porque, às vezes, não é só o fumacê que vai resolver o problema do dengue, mas o que vai resolver mesmo é a educação, mudança de hábitos, é a população se envolver, se a gente não envolver eles, não adianta eu achar que minhas palestras vão dar resultado. A gente não tem o hábito, não foi criado com o hábito de limpeza, e o dengue a gente sabe que é o quê? São os maus cuidados que a gente tem, os maus hábitos, aí que está o problema. Ah, eu acho que eles, na realidade muitos já nascem dessa forma, não ligando muito para essas coisas. Então assim, o trabalho tem que ser muito maior, nesse público que tem mais dificuldade de mudar os aspectos que assim intrínsecos, que tá assim cravados. Mas eu acho que é difícil você mudar também a cultura assim, é aquela coisa que está cravada naquelas pessoas, eu acho que é um trabalho de formiga eu acho. A cultura, essa cultura que eu to falando, atinge, num to falando nem só o dengue, mas a cultura de não cuidar, de não ficar atento, atinge todas as classes sociais.

A falta de perspectiva de vida é relacionada a populações de regiões periféricas, sendo que a RS dos profissionais revela o desconhecimento de outros estilos de vida com diferentes perspectivas que não as de sua própria classe social.

Laraia (2007) apresenta a evolução do conceito de cultura através dos tempos e traz a idéia de que “culturas são sistemas (padrões de comportamento socialmente transmitidos) que servem para adaptar as comunidades humanas aos seus embasamentos biológicos” (p. 59), e enfatiza que o conceito de cultura está em constante reformulação já que se refere à compreensão da natureza humana.

Esta adaptação opera interferindo no plano biológico como expresso no DSC que atribui à cultura a falta de cuidado e de compromisso da população com o seu entorno, o que leva a um ambiente propício para a manutenção de criadouros do *Aedes aegypti*.

A ideia da imutabilidade da cultura, expressa na ultima frase do DSC vem de encontro com o que Laraia (2007) chama de troca de padrões culturais, ou seja, a cultura é dinâmica e, portanto, mutável, ainda que este processo possa ser longo e com desfechos catastróficos. Esta ideia de imutabilidade da cultura dificulta as proposições de mudanças que os profissionais de saúde acreditam necessárias. Vale salientar que o conceito de cultura varia de acordo com a base filosófica de cada autor sendo que De Masi (2008) concorda com a definição anterior colocando que cultura é “tudo aquilo que foi criado pelo homem” (p. 105). Já Frei Betto define cultura como “tudo aquilo que engrandece o nosso espírito e a nossa consciência” (DE MASI, 2008, p. 49), um conceito mais voltado o espiritual. A metodologia COMBI (PARKS; LLOYD, 2004, p. 24) reconhece a importância/influência da cultura para melhorar o diagnóstico, o tratamento e o controle larvário.

Observa-se que no DSC aparece a cultura como um fator homogêneo em relação às classes sociais, ou seja, não cuidar do ambiente está na cultura de pobres e ricos.

Em todo DSC as palavras cultura e hábitos são citadas como sinônimos.

Hábito é uma palavra derivada do latim *habere*, termo genérico utilizado por Aristóteles que o dividia em hábitos intelectuais e hábitos morais. No estudo dos hábitos morais este mesmo filósofo os classificava em hábitos bons e hábitos maus (FARIAS, 1999).

Segundo Peirce (FARIAS, 1999), hábito refere-se à adaptação mental para reagir de forma idêntica a um determinado estímulo. É uma tendência adquirida e não um determinismo biológico.

Assim, hábito é um processo de aprendizado individual, apresentando limites no modo de perceber a realidade em seus diversos aspectos. Observa-se que o hábito pode adquirir características boas ou más, referentes a concepções morais de cada uma das ações referidas.

Quando, no DSC aparece hábito, está se referindo na verdade a concepção moral de mau hábito o que nos remete a necessidade de mudança de hábito, considerada difícil para os entrevistados já que tudo está associado à cultura imutável ou de difícil acesso pelos meios disponíveis aos profissionais.

Portanto, hábito e cultura são conceitos diferentes, mas usados no senso comum como sinônimos. Nota-se que cultura está sempre ligada ao social, ao entorno em que vive o indivíduo e seu grupo, diferente de hábito que se adquire na repetição de uma determinada ação, mas ligada a uma ideia de continuidade dada pelo dinamismo dessas ações (PAVIANI, 2006).

É importante que os profissionais entendam essas diferenças e que cultura é essencial na formação da identidade individual e comunitária. Importante também se faz diferenciar os tipos de hábitos de forma a planejar ações para mudar os que são prejudiciais e propiciem o aparecimento de micro reservatórios do *Aedes aegypti*.

Resistência
Mesmo você fazendo os trabalhos com as famílias tem algumas que são resistentes. Porque a família quando você fala do dengue ela já acha que na casa dela não tem. Já começa assim, da porta já começa a dizer que não tem. Daí você fica olhando "Ah e tal plantinha?". Se a gente tem resistentes nessa área a gente continua tendo dengue. Os casos onde o problema é mais intenso são individuais, essa resistência da pessoa não querer a visita na casa, porque já teve outras vezes, como foi trabalhado no modelo anterior de uma forma mais enérgica e a pessoa não gostou da abordagem então ela já afasta qualquer possibilidade de outra pessoa chegar e já falar. Coloca barreiras. É, nestes casos a gente vai individual, tem que ir com jeitinho. A gente não trabalha o tema do dengue na hora, na chegada, vai para ver outra coisa, usa uma desculpa, trabalha outra coisa e de repente usa um tema que introduz, aborda, não vai para aquele motivo para afugentar, porque às vezes a pessoa já está com uma barreira.

Os profissionais entrevistados sentem, que a família apresenta barreiras para a realização da visita domiciliar, quando o assunto é dengue. Este assunto envolve aspectos que são difíceis de abordar como, por exemplo, higiene e formas de cuidado no armazenamento de vasilhames. Uma primeira abordagem inadequada, normativa e enfática demais pode propiciar resistência a ações posteriores.

No DSC sobre a ocorrência do dengue aparece esta dificuldade, já que na visão do usuário a casa pode não estar “tão suja” assim que precise de intervenção externa. Rego, Barreto e Killinger (2002) apresentam a definição de lixo segundo moradoras da periferia de Salvador como “tudo aquilo que não serve para ser utilizado” (p. 1585), mas discute exatamente o caráter dinâmico desta definição, já que, conforme o contexto, o lixo pode ser encarado como fonte de renda, material que ainda tenha alguma utilidade ou como material sem potencial risco para a saúde. Isso reforça a necessidade de entender o que significa limpeza e sujeira para os moradores.

Levando-se em consideração a dinâmica da comunidade atendida, as primeiras intervenções necessitam desses cuidados colocados no final do DSC, com uma introdução do tema depois de conhecer o ambiente da família para não “afugentar” e dificultar o trabalho dos agentes de saúde (BRAGA, 2008). Entretanto, nos casos onde a barreira já se instalou, torna-se necessário uma abordagem direta para descobrir a causa do problema, fazendo a família entender e, principalmente participar das ações de prevenção e controle do dengue.

Volta aqui a ênfase nas ações que propiciem mudanças de conduta, conforme o que é esperado pelo Guia da OPAS (PARKS; LLOYD, 2004) para que as atividades de comunicação possam influenciar, e posteriormente reforçar a decisão, a conduta e a norma social em relação à prevenção do dengue.

Existem, entretanto, outros aspectos que não foram levantados neste discurso em relação a esta resistência ao trabalho da equipe de saúde: a falta de empatia da população com a própria equipe e a perspectiva negativa da visita domiciliar. Estabelecer vínculo e manter a relação com a família é um grande desafio profissional que precisa ser enfrentado para que haja acolhimento de ambas as partes (MARCON; OLIVEIRA, 2007). A perspectiva negativa, segundo Sakata et al. (2007) refere-se ao caráter de fiscalização e vistoria da visita domiciliar, muito caracterizado no caso do dengue. Esse controle sobre a vida e o ambiente das pessoas pode produzir um distanciamento entre família e profissional se o visitado entender que está limitando sua privacidade e sua autonomia. Ribeiro (2008) destaca ainda a dificuldade de acesso quando os responsáveis trabalham durante o dia.

6.2.2 Descrédito da população na ocorrência e na gravidade da doença

Os profissionais entendem que a população não acredita na ocorrência da doença porque esta tem caráter benigno. Esta representação também foi relatada por Figueiró et al. (2010) e Toledo-Romani et al. (2006), bem como a descrição de sua inevitabilidade.

A descrição de “doença da moda” evidencia o conhecimento sobre seu ciclo biológico, mas não sobre sua importância. Santos, Cabral e Augusto (2011) também chegaram a esta conclusão, o que agrava o fato de que não apresentam atitude adequada na prevenção e controle do dengue.

Descrédito na ocorrência da doença

Falar uma realidade, todos repetem a mesma história. O dengue já se tornou uma coisa comum, que vai continuar acontecendo. É que nem, dengue seja uma moda. Mas assim essa importância, essa relevância do dengue acho que não é tão caracterizada não. As pessoas não acreditam a ter a doença. Ele se prolifera para as outras casas. Eles acham que porque mosquitinho pequenino, ele não é tudo isso que a gente fala e que a TV fala um pouco é pra assustar. Muita gente acha que só acontece na casa do vizinho né? É sempre assim, achar que só vai acontecer com o vizinho, nunca é o quintal delas que está sujo, nunca é o terreno do lado da casa delas que está sujo, ou se é o terreno do lado fala que o terreno não é o meu problema. Então veja bem, esse terreno baldio às vezes o dono não mora naquele local. Eles acham que todo mundo tem que cuidar menos eles. É acho que informação eles tem, mas eles não acreditam igual quando você fala que tem que eliminar os focos, aí as pessoas falam na minha casa não. Mas o que a população é sempre individualista quer dizer: "O meu está limpinho" e joga um pro outro, ninguém nunca fala que minha casa ta precisando de uma faxina. E esses tempos atrás quando começou, eles falaram pra população: "dia tal o carro de limpeza vai passar" então você vê o tanto de entulho que saiu de dentro das casas então quer dizer esta dentro do quintal das pessoas mesmo. Mas eles não pensam em coletividade sabe e não pensam que é, o que às vezes a coletividade faz é, se você só pensar como individualista não vai resolver. É muito de graça, as coisas é muito de graça, não dá valor. Então, por exemplo, eu só vou cuidar da minha casa a hora que alguém na minha família ficar doente. Então enquanto ele não for afetado, ele não toma uma atitude. Acreditam só depois que estão doentes. O que precisa é que a sociedade inteira entenda que tem que ser uma luta de todo mundo. Que não é só o coitado lá que tem ferro velho no quintal, que acumula água, o cara lá que tem a piscina na casa dele que não cuida também.

Sabe-se que, independente da sua situação geográfica e socioeconômica, qualquer pessoa tem risco de ser picada pelo *Aedes aegypti* e desenvolver o dengue. Entretanto, esta evidência não encontra reflexo na população, pela visão dos profissionais. É interessante notar

que existe uma generalização em relação a este “descrédito na ocorrência”, já que parece ser um descrédito de toda população e não só de uma parte que não adota medidas de prevenção.

Existe concordância entre os estudos realizados sobre conhecimento da população de que a taxa de acerto em inquéritos feitos sobre o vetor e a doença é alta, mas que isto não se reflete na prática. Entretanto, não foi encontrada uma explicação plausível nestes estudos: alguns autores colocam que as atividades educativas não são eficazes, outros atribuem à dificuldade na comunicação, mas o fato é que existe uma resistência interna em aceitar uma doença causada por um “mosquitinho tão pequenininho”. É necessário um processo de abstração bastante elaborado para entender como um vírus, ser invisível a olho nu, pode causar transtornos tão intensos. Partindo desta constatação, fica mais difícil motivar a necessidade de autocuidado e mudança de atitude, mesmo porque, como aponta Ferreira (2006, p. 27) uma das premissas a se considerar para o trabalho em educação e mobilização social em saúde é que “não se pode cuidar da saúde do outro, se este não quer fazê-lo por si mesmo”. E só consegue-se fazer a população querer algo quando ela entende a necessidade das ações.

Neste DSC aparece também a representação sobre as políticas assistencialistas (ver DSC sobre comodismo) para reforço do fato de que se a doença é benigna e a assistência é gratuita não existe porque temê-la.

Quando o DSC fala sobre a transferência de responsabilidade do dengue para o outro, colocando sempre a culpa no vizinho, deve-se entender a importância do conceito de alteridade e a inclusão deste no comportamento dos profissionais e da população (SADALA, 1999). Este autor define que pessoa é o homem no mundo das relações, em constante movimento, constituído de um mundo de relações enquanto fenômeno intersubjetivo. A alteridade, neste mundo relacional, é tomar o outro como referência para os valores éticos e morais, de forma a pensar e transformar as práticas assistenciais dos profissionais no campo da saúde e, quando aplicado nas relações entre vizinhos, deveria propiciar a transformação ética do cuidado com o ambiente.

A necessidade de entender a importância desta convivência com o outro diferente, produzindo revoluções no olhar para o sujeito que tem direitos iguais, implica em deixar de olhar o outro como ser de categoria inferior ao nosso poder científico e posicional no sistema de saúde (PUGGINA; SILVA, 2005). Alteridade pressupõe ainda autoconhecimento para conhecer os próprios limites e assim entender melhor os processos envolvidos na formação de atitudes e práticas da população referentes ao cuidado com o lixo e o ambiente em que vive,

assim, “o outro é imprescindível na constituição do indivíduo” (SOARES; CZERESNIA, 2011, p. 58).

Assim, diversos estudos como o de Ferreira (2006) apontam este deslocamento da responsabilidade para o outro, sem a percepção que o entrevistado também é outro na visão do seu vizinho e do profissional de saúde.

Uma ideia que perpassa, não só este, mas em vários outros DSC, é a individualidade das atitudes. A cidadania é outro conceito que precisa ser trabalhado nas atividades educativas para que se possa pensar em coletividade. O DSC propõe ainda o trabalho em sociedade, em grupo para entender que a luta contra dengue é coletiva. Para tanto é importante que todos entendam que a ocorrência da doença é universal e as ações de prevenção e controle são de responsabilidade compartilhada de população e instituições, sejam elas públicas ou privadas.

Descrédito na gravidade da doença

A questão é que, principalmente porque o dengue tem uma boa taxa de cura, o dengue não está levando à morte, igual à gripe A. Como em geral adoecem muitas pessoas, mas a gente nunca teve um número de mortos expressivos, o dengue quase não tem uma mortalidade intensa, as pessoas não se preocupam, acha que é uma doencinha assim. Mesmo sabendo que tem risco de morte, acaba banalizando, como coisa comum. Acho que na hora que começarem os óbitos aí vai começar a se conscientizar mais, mas daí já não tem o que fazer. É porque eles não estão vendo o camarada lá quebrado, o sangue saindo, quebrou, morreu né. E o dengue fica assim com um a febrinha, acha que o hospital é que vê quando vai a óbito, Então... fica difícil de enxergar, saber que pode ser grave, é por isso que eles não dão tanta importância assim. Eu acho que a pessoa acha que se tomar paracetamol ela vai se curar, é vai tirar os sintomas dela e ela vai acabar se curando sozinha. A pessoa fala assim: "Ah, eu já tive dengue duas vezes e não morri". E outra, a questão é, não é uma coisa que dá pra se, por exemplo, a AIDS, se eu não quero pegar a AIDS eu me cuido. Então eu acho que quem nunca teve dengue minimiza a doença. É como pegar uma gripe, eles não sabem ainda a gravidade que é o dengue. E tem não só aqui a abordagem direta nossa porque, se, por exemplo, eles não acreditassem em mim como profissional, ou nas meninas que estão na casa, tudo bem. Mas, falou-se no rádio, ou não sei quem falou na televisão. Quer dizer, em alguém eles têm que acreditar. Acha que isso nunca vai acontecer com eles, não tem noção da gravidade da doença. Lógico, a população depois que tem dengue reclama do mal estar, do que a gente passou, está certo. Mas acho assim, com o tempo ele vai esquecendo sabe.

No DSC a RS de que o dengue é uma doença corriqueira e benigna está bem definida. Isso faz com que a população também não acredite na sua gravidade (BAGLINI ET al. 2007) e tenha uma visão equivocada da imunidade conferida pela doença (imunidade ativa).

Santos, Cabral e Augusto (2011) evidenciam o conhecimento ineficiente quanto à gravidade da doença, mas é crescente a frequência de manifestações não usuais e graves (GUZMÁN; GARCIA; KOURI, 2006), bem como o aumento dos óbitos ocorrido nos últimos anos, mas parece que esta situação, conhecida pelos profissionais, não tem a devida importância para a população, como ocorreu com a epidemia do H1N1.

Neste sentido, o DSC aponta a cobertura dos meios de comunicação como difusores de alertas sobre o H1N1, sem dar a mesma ênfase para os dados alarmantes e crescentes de óbitos por dengue.

Como no DSC sobre ocorrência do dengue, o processo é ver pra crer, ou seja, a população só acredita na ocorrência e na gravidade da doença quando tem ou acompanha um parente ou conhecido que tenha desenvolvido o dengue. Lefèvre et al. (2007) encontraram resultados opostos, onde a população entrevistada reconhece que o dengue apresenta perigo de vida e de inatividade, mas parece mais ter conhecimento do que atitude.

6.2.3 Qualidade dos serviços diretos e dos relacionados ao controle do dengue

Os discursos seguintes mostram aspectos relacionados aos serviços, apresentando opiniões sobre estrutura da rede de atendimento à saúde, realidade da capacitação profissional sobre dengue, entrosamento entre os diversos níveis do sistema e entre os profissionais da ESF e finalmente, incentivo financeiro necessário para melhorar a atuação dos ACS.

Estrutura
Mas, na realidade o que eu vejo é assim, como o município não está coberto nem uns 70% como deveria estar, existe assim uma baixa atividade educativa, porque nem todo lugar está coberto por PACS ou saúde da família. Seria assim, o foco maior até ano passado eram locais que não tinham atividades do agente comunitário de saúde. E o poder público, que eu acho que o poder público pega muito leve com essas pessoas que são donos de terrenos baldios, e tem aqueles aterro aberto que não tem lugar específico pra jogar o lixo e fica aqueles buracão com aqueles lixão a céu aberto, porque com certeza lá também tá tendo focos de mosquito do dengue. Terrenos baldios, falta de limpeza, uma falta, não vou dizer de parceria, mas uma

parceria diminuída do setor de serviços urbanos. Então isso daí tudo é motivo pra estar o negócio aumentando, a ocorrência de novos casos. Tinha, por exemplo, locais que juntavam lixo, assim um entulho, mas a prefeitura não foi retirar. A gente chama às vezes o caminhão pra recolher o lixo, mas eles também demoram, talvez porque, não sei, tem muito lugar pra eles recolher, não pensa em todas essas dificuldades. Então eu acho que o poder público também falhou. Por exemplo, aqui no bairro onde nós estamos aqui houve aquela reforma da Sanesul onde se fizeram muitos buracos, deixaram muitas coisas que juntavam muita água. Então eu acho que o setor público, que é responsável por ter diretriz, eu acho que tem que realmente estar muito atento, inclusive atento o ano todo. Não adianta você querer botar defumador e ter entulho jogado por aí, continua não cuidando do foco que é a água parada! Até porque, você vê nesses órgãos públicos aquelas plantas que junta água. Então eu acho que tem que partir de todo mundo, desde eles lá, do pessoal da alta lá. E tem ainda: vou procurar o posto de saúde porque o médico atende oito horas. É mentira, o médico não atende oito horas, entendeu? Se ele está doente tem que procurar a unidade mais cedo.

Diversos itens referentes à estrutura dos serviços de saúde e de serviços públicos municipais foram citados como deficientes e causa básica da ocorrência do dengue na região.

Ainda que os dados mostrem uma cobertura populacional média de ESF acima de 77% nos municípios da microrregião de Dourados, o fato de que existem áreas descobertas foi identificado como fator importante, já que esta estratégia é considerada como prioritária para a prevenção e controle do dengue. Zambrini (2011) entende que a ênfase na assistência prestada pela atenção básica é essencial para a eficácia dos programas de controle, citando a diferença entre os índices de infecção do dengue no Rio de Janeiro e Niterói. Entretanto, as taxas de cobertura populacional ainda são associadas às dificuldades econômico-financeiras enfrentadas pelos municípios, sendo observado por Portela e Ribeiro (2011), que municípios de grande porte apresentam melhores condições financeiras, mas menores taxas de cobertura. Esses autores observaram ainda que a expansão das ESF é resultado de processo político forte com comprometimento orçamentário que deve manter a sustentabilidade da estratégia.

A presença de lixo a céu aberto e terrenos baldios utilizados como depósito de lixo também foi identificado como falha de estrutura e de fiscalização por parte dos órgãos responsáveis, sendo que a parceria entre os diversos setores do poder público não é uma realidade, propiciando atraso nas solicitações de limpeza e nas ações que necessitam de apoio logístico.

A ausência de médico nos postos de saúde demonstra a dificuldade na assistência ao paciente, um dos componentes do EGI-Dengue (PARKS; LLOYD, 2004) e que contradiz a importância do atendimento ao paciente no momento da queixa dos primeiros sintomas de forma a prevenir complicações do dengue (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Uma observação importante no DSC é a presença de bromélias nos prédios públicos. Os profissionais entendem que os responsáveis pelos setores devem ter atitudes exemplares na eliminação de possíveis criadouros do *Aedes aegypti*. Cunha et al. (2002) apresentam os resultados de estudo que mostra que o hábito de cultivar bromélias em domicílios como planta decorativa evidencia um micro-habitat importante para abrigar formas imaturas do *Aedes aegypti*, principalmente as bromélias que sofreram ação antrópica, geralmente as mais usadas na decoração de jardins.

Capacitação

Eu acho que o primeiro passo, porque a saúde ela não caminha sem um olhar político. Então esse político ele precisa mais é, fazer política por nós mesmos, de saúde. Como eu te falei, nós recebemos treinamento, esses treinamentos pontuais, e tudo aquilo que a gente conhece é que a gente vai atrás de ler, procurar se informar, mas realmente falta, há deficiência. É dificultando porque se o profissional não tá bem capacitado pra falar sobre o assunto, ele não vai ter certeza, convencimento, na hora de que ele vai tá passando orientação. E se eu falo e você nota na minha voz uma certa dúvida naquilo que eu to falando, eu própria não estou convencida, você com certeza não vai ficar convencida. Você vai me ouvir até por educação, mas não vai acreditar naquilo que eu to falando, porque não sentiu firmeza, convencimento, então eu acho que a falta de capacitação prejudica. Não estamos sabendo educar. Os agentes, acho que por si só tem a capacitação específica então eles são um pouco mais antenados, mas também não têm uma capacidade pra passar pra que a população entenda ou que seja fácil de entender. E eu não sei se teve uma capacitação nessa epidemia, às vezes agente sai ou é agente novo. Eu acredito que tem que ser sempre lembrado porque às vezes eles não tiveram a capacitação ou não sabem e talvez aquilo não seja muito bem divulgado. Eu acho que tá bom pro agente ter uma cartilha, porque às vezes pros próprios profissionais de saúde é bom ter um manual sobre o dengue pra tá se atualizando. ou fazer quem sabe uma semana um encontro que trata do dengue uma coisa assim maior pros profissionais de saúde, pros agentes pra assim leva a informação correta, mas uma coisa assim que não seja só pros agentes.

Percebe-se a ansiedade dos profissionais em transmitir a informação correta e atualizada sobre o dengue para a população. Não estar adequadamente capacitado sobre o assunto gera insegurança e a impressão de que não conseguem convencer os usuários. Esta ausência de capacitação formal, recebendo apenas repasse de informações fragmentadas e descontinuidades, faz com que as ações educativas fiquem restritas e demonstrem a fragilidade do serviço. Cardoso e Nascimento (2010) acrescentam ainda o caráter autoritário deste repasse de informações, realizado por setores específicos das secretarias e Ministério da Saúde.

Zambrini (2011) coloca que existe um alto grau de improvisação entre os atores envolvidos nestas ações. Esta improvisação está presente no DSC e mostra o quanto a capacitação dos profissionais, nos diversos aspectos do dengue, pode ajudar em futuras epidemias e mesmo no maior controle nos períodos inter-epidêmicos (TORRES, 2006).

Nota-se também certa insatisfação com o direcionamento das políticas de saúde nos municípios da região, que menosprezam a importância de capacitação específica para melhorar o impacto das ações e diminuir a ocorrência de dengue.

Quando os profissionais colocam no DSC que não estão sabendo educar, estão se referindo não só a transmissão de conteúdos específicos sobre a biologia do vetor, formas de prevenção e controle, identificação de sinais, sintomas e gravidade do dengue. Parecem querer dizer da dificuldade metodológica de conseguir alcançar a população com objetivo de proporcionar mudanças efetivas. Essa dificuldade metodológica também foi encontrada por Toledo-Romaniet al. (2006) em seu estudo sobre participação comunitária, no qual apenas 20% dos profissionais tinham recebido treinamento para trabalhar com grupos, mas mesmo esses identificaram sua inabilidade para envolver a comunidade. Para tanto é necessário mais que adquirir conhecimentos sobre a doença e seu vetor, é imprescindível conhecer e dominar os métodos didáticos para trabalhar populações específicas; ter noções de história, sociologia e relações humanas, entre outras. Ou seja, ter olhar ampliado para questões que vão muito além da biologia, patologia e tratamento do dengue.

Entrosamento
A comunicação, a gente ter mais ideias, sentar mais, é difundir as nossas ideias. Que a gente tem tantas ideias que, às vezes, elas ficam abafadas, porque não consegue colocar em prática por falta de condições logísticas! Existe realmente é inteiro de dentro da secretaria em ter boas ideias, de fazer algum tipo de planejamento, mas barra na falta de material, de logística

pra estar fazendo isso. A gente até leva adiante mais eu acho que a gente não tem um respaldo, porque isso vai sempre acontecer, não tem como fazer todos os focos. Eu acho que nós não achamos uma solução não é valorizado por todos, quem poderia resolver alguma coisa não valoriza, então o morador também acomodou que isso vai acontecer. Teve uma época em que tudo quanto é criança estava com quadro sugestivo de dengue. Aí a gente não tinha acesso a exames, e o mais grave que acontece na cidade é que a pessoa vai às vezes em outro serviço e aquele serviço não dá continuidade no que foi feito logo de início. Então, está havendo um confronto entre os serviços. E isso, o que acontece, a consequência pior é que nós perdemos a credibilidade, os dois serviços. Não há continuidade e aí a população fica descrente. Mas a gente esbarra muito no assistencialismo: todos têm que ser atendido, não interessa o que você tem ou não. Então é assim, não importa se eu estou com dengue, se eu estou com malária, se estou com HIV, se eu estou com Hansen, TB. Eu tenho que ser atendido. A comunicação ela vai de acordo com o que a própria administração impõe. Aí o que acontece, o caboclo vai lá, liga na secretaria de saúde e reclama, o cara lá de cima vem aqui, briga com a gente, e não faz nada não e sempre vai ser assim, nunca vai mudar. Não, essa educação em saúde pode ser tanto nós, agentes do PSF, ou pode ser tanto eles, esses agentes da zoonose, da SUCAN que saem de porta-em-porta só que eles deixam a desejar, A paciente veio aqui umas quantas vezes, ligou pra zoonose, ligou, ninguém atendeu. Isso porque ela veio aqui no posto pra saber que providências que ela tinha que tomar pra poder agüentar lá. Ela já tinha ligado e não tinham tomado providência nenhuma.

Como no DSC anterior sobre capacitação, o conhecimento de conceitos sobre relações humanas e relações de trabalho são importantes para melhorar o entrosamento entre os diversos níveis de atuação na saúde. Isso é especialmente verdade no trabalho de prevenção e combate à dengue já que este pressupõe a integração Inter setorial, multiprofissional e entre os diversos segmentos da sociedade civil organizada. Cardoso e Nascimento (2010) observaram uma dicotomia entre a visão do ACS como aglutinador e sua prática centrada em um modelo fiscalizador, bem como a interação insuficiente deles com a equipe e com a comunidade. As relações entre profissionais apresentam dificuldades que refletem a divisão de poderes na equipe (TRAD; ROCHA, 2011).

Observa-se no DSC a necessidade de reconhecimento, por parte de setores centrais da saúde, das inovações propostas pelos profissionais. Mais que reconhecimento, o que eles querem é ser ouvidos nas duas demandas e sugestões para a melhoria da qualidade da atenção

ao paciente e à comunidade. São identificadas as dificuldades neste processo que é percebido como verticalizado e autoritário, como já descrito no DSC anterior (CARDOSO; NASCIMENTO, 2010; TRAD; ROCHA, 2011).

Outro embate é a falta de integração entre os setores da saúde, que trabalham de forma diferente e descontínua, muitas vezes contrariando prescrições anteriores. Isso leva a perda de confiança nos serviços e, conseqüentemente, nos profissionais que ali atendem.

Os exemplos citados no DSC incluem diferentes níveis de atenção ao usuário (USF e UBS) e entre o atendimento dos ACS e dos agentes de controle de endemias (ACE).

Incentivo para ACS

Quem trabalha ativamente é o agente de endemias. De repente se eles tivessem um efetivo maior, se eles pudessem fazer um trabalho constante, não só a unidade. A unidade na verdade faz assim menos que eles, porque eles que estão buscando isso mesmo. Eles que vão lá ver latinhas, colocar produtinho. E as agentes de saúde tinham essa função de estar fazendo também e recebiam um adicional por isso, um incentivo a mais para fazer isso e isso estimulava. Querendo ou não, mexer no bolso estimula o profissional. As agentes de saúde quando tinham esse incentivo acredito que procuravam mais. Então é uma forma de incentivar. Tem que incentivar mesmo financeiramente. É em geral, não é só um incentivo paro dengue, é melhorar mesmo o salário delas, para elas terem vontade de fazer tudo. Que tem gente com muita capacidade, mas não tem reconhecimento. O agente tem um adicional é, um salário, é não é pra ele falar sobre dengue, mas assim ele recebe um adicional para estar executando ações relacionadas ao combate, ao controle do vetor, no caso pra evitar o dengue. Então eles recebem, sempre teve esse adicionalzinho aí, que inclusive quando foi feito, há uns dois anos, os agentes até se rebelaram achando que ia ser serviço pra eles, aí que eles se atentaram que tem esse adicional, pra estar trabalhando as doenças. E, aí eles teriam que, por exemplo, fazer um mapeamento, um levantamento da área, é pescar larva, fazendo a vistoria, exatamente sobre dengue. Aquela semana estaria se falando sobre dengue, visitando todas as casas. Tinha que colocar larvicida e houve de falarem que não ganhavam insalubridade pra isso e tal. Melhorar, aumentar o pessoal que trabalha nas endemias e usar os outros que estão na casa das pessoas. A agente de saúde que é a nossa formiguinha que é o que traz os problemas, que é o que consegue trabalhar, que tem um vínculo maior com as casas.

Uma das causas dos altos níveis de ocorrência do dengue é atribuída ao número reduzido de agentes trabalhando nas casas. Entretanto, isso contradiz a ideia recorrente em diversos outros discursos que a população já tem informação suficiente.

Existe o conflito de atribuições entre o ACS e o ACE. Os profissionais entendem as ações de combate à dengue como responsabilidade do ACE, já que os ACS têm atividades outras ligadas aos programas como hipertensão arterial/diabetes, gestantes, crianças, idosos. Assim, acreditam que incentivos financeiros poderiam estimular o ACS a focar os temas relacionados ao dengue em cada visita realizada.

Existe ainda uma confusão sobre o adicional recebido pelo ACS, oriundo do Governo do Estado, que compõe o salário e um adicional que foi proposto pelo PEAaI para que o ACS realizasse atividades de combate à dengue. Apenas o primeiro ainda é agregado ao salário do ACS atualmente.

A Secretaria Estadual de Saúde de Mato Grosso do Sul (SES/MS) lançou em 2009 a estratégia de zoneamento compartilhado, pautando as ações dos ACS na Portaria Ministerial no. 44 de 03 de janeiro de 2002 (MATO GROSSO DO SUL, 2009). Esta estratégia tem entre seus objetivos fazer a capacitação dos atores envolvidos e integrar as equipes de ACS e ACE. Mas o documento não menciona nada sobre incentivo financeiro às ações que deverão ser incorporadas ao trabalho do ACS.

6.2.4 Influência da situação socioeconômica na ocorrência e no controle do dengue

Extratos sociais e ocorrência de dengue
O dengue é uma doença socioeconômica. Eu já percebi que não tem isso de "mais pobre e de quem tem mais dinheiro", é "cuida mais ou cuida menos". Sabe, não sei se eu gostava mais de trabalhar com a população mais carente. Porque essa aqui é uma das áreas mais civilizadas que eu peguei. Eu já trabalhei em alguns lugares mais difíceis, e até hoje o trabalho é um pouco diferente. Por exemplo, essa região aqui tem mais condições de moradia, facilidades de vias públicas também, é que o bairro é melhor, as pessoas percebem que é um pouco mais limpo. Se você for analisar, as casas são mais limpas, os bairros têm asfalto, tem calçada, as pessoas vão querer manter as casas limpas e não vão querer lixo. É raro você ver alguém que está carregando papelão pra dentro da casa. Já no outro bairro, a pobreza se concentra mais lá. Além de não ter emprego, eles tinham um tipo de atividade que juntava lixo e a quantidade de coisas para se cuidar, para monitorar é maior. Sem contar

também, a gente via muito terreno baldio lá, aqui não tem muito terreno baldio. Mas todos nós, inclusive eu. Todos, de A a Z. Isso foi encontrado larvas na classe C, na classe A, na classe E, na classe B. Mas aquela população parece que era mais assim. Receptiva, você reunia, eles iam. Aqui é difícil reunir sabe, porque todo mundo trabalha, é pai e mãe que trabalha, lá geralmente é só o pai que trabalha e tem casas que os agentes não conseguem estar entrando. Até também por conta da classe social, tem gente que recebe no portão e não deixa entrar. Até fala que não precisa da Unidade aqui porque tem plano de saúde. E realmente trata mal o agente de saúde. Tem também casas em que moram só idosos, tem dificuldade para limpar o quintal, não tem condições mesmo socioeconômicas para pagar alguém para ajudar.

Os profissionais associam a estrutura disponível nos bairros mais centrais com a menor ocorrência de dengue, ainda que façam isso de forma totalmente empírica, sem citar dados epidemiológicos que comprovem esta associação. Entretanto, citam a estrutura das ruas, casas e saneamento como fatores que contribuem para que haja menor número de criadouros.

Por consequência, associam as condições sanitárias e socioeconômicas de bairros periféricos com a presença de criadouros importantes, principalmente aqueles relacionados ao lixo. Eles observam que, por conta da necessidade de melhorar a renda familiar, muitas famílias recolhem e armazenam lixo para reciclagem. Isso não acontece em bairros com condições socioeconômicas mais elevadas, onde são observados outros potenciais criadouros como piscinas e ruas mal conservadas.

Ainda que façam a diferenciação da estrutura dos bairros, a representação presente é de que mesmo sendo uma doença socioeconômica, ela afeta a todos os extratos sociais e podem ser encontrados criadouros espalhados por toda extensão dos municípios. Ou seja, a condição socioeconômica e de moradia é fator determinante, mas não condicionante na ocorrência do dengue (TORRES, 2005).

Entretanto, a relação entre ocorrência do dengue e condições de vida ainda não está devidamente estabelecida, mostrando a necessidade de ampliar o uso de indicadores que levem em conta os determinantes e condicionantes para a ocorrência da doença, especialmente os ligados aos aspectos locais, cujos processos sociais e políticos são singulares (CASTRO et al., 2008; FLAUZINO; SOUZA-SANTOS, 2011).

O DSC apresenta ainda as dificuldades encontradas para que a população aceite a presença da equipe em qualquer contexto. A participação da população é importante para promover aceitabilidade dos profissionais, factibilidade das ações e apropriação dos conceitos de prevenção e controle do dengue, propiciando assim a parceria na execução das ações (CASTRO et al., 2008).

6.3 Campanhas de educação e controle do dengue

A questão sobre as campanhas de educação e controle do dengue revelaram quatro ideias centrais focadas na sua qualidade, fatores que a influenciam e formas de realização, conforme descrito na Tabela 2.

Tabela 2 – Frequência absoluta e relativa de avaliação das campanhas de combate à dengue feita por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, macrorregião de Dourados, 2010

Ideias Centrais	Médicos (n=12)		Enfermeiros (n=16)		Auxiliares de enfermagem (n=17)		Total (n=45)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
São de qualidade, mas sem continuidade.	11	91,7	12	75	14	83,4	37	82,2
Ação educativa é prejudicada pela exigência de produtividade	1	8,3	3	18,8	2	11,8	6	13,3
Informações estão disponíveis, mas não são observadas no cotidiano	8	66,7	14	87,5	17	100,0	39	86,7
Realizada por ações individuais ou em grupos específicos	-	-	3	18,8	3	17,6	6	13,3

6.3.1 Campanhas de qualidade, mas sem continuidade

Quanto à qualidade das campanhas, foi avaliada pelos entrevistados como boa, mas descontínuas. Apresentam, nesta IC, quatro aspectos como segue:

Meios e formas de divulgação
Muita coisa eu aprendi não foi na faculdade, foi vendo informativo, vendo a TV. E, com certeza, dá pra confiar na informação. Até porque a informação não é passada, assim, por qualquer fonte. É geralmente o ministério da saúde ... Informação na linguagem da população. Não tem nada de termo técnico. Tenta atingir todas as faixas etárias, de crianças até adultos e idosos. Só que pra controlar dengue tem que ser uma coisa mais volumosa, mais contundente mais firme, mais forte. Então, eu penso assim que as propagandas surtem poucos efeitos. Eu acho que falta mais falar no jornal, no rádio, bate papo com a comunidade. Esses programas são mais ouvidos no dia-a-dia. A questão dos folhetos você entrega pra uma população que não consegue ler e também não muda muito ou então chega a informação, mas não a entendem não conseguem processar. Eu acho que o que faz mais efeito é essa comunicação que a gente tem com o paciente, cara a cara, e essa orientação de cada caso, tenta mostrar o que acontece porque, como acontece. Eu acho que seria assim melhor a gente colocar um grupo, em cada bairro, para bater de porta em porta e sair orientando, mas falar mesmo, bem duro, o que acontece, o porque. Não é só entregar, chegar lá bate palma e entrega tem gente que nem lê, acho que tinha que sentar junto o Enfermeiro, o técnico o agente de saúde não é só entregar. Eu creio que seria interessante fazer mais conscientização, por a gente estar mais em contato com a família. A gente tem a liberdade de ir na casa do paciente, poderia estar vendo algo de errado e estar orientando, tanto os agentes de saúde, que visitam mais que nós, eles poderiam estar orientando mais, enfatizando mais. Seria orientação, porque os agentes já tem uma certa liberdade com a família, porque eles são mais constantes, já tem uma liberdade, então eles poderiam estar falando. Às vezes passa na televisão, e a gente, até eu mesma, às vezes eu estou assistindo televisão mas não fiquei atenta ao que ela estava falando. Que ficam só atrás de jornal, essas coisas, aí eles ouvem mas eles não tem nem para quem falar.

A televisão e outros meios de comunicação de massa aparecem como fonte de aprendizado, com informações confiáveis porque captadas do Ministério da Saúde e

apresentam linguagem acessível. Observa-se que esses meios de comunicação são citados como fontes de informação para os profissionais que têm disponibilidade, nos seus locais de trabalho, de manuais e informes técnicos sobre dengue, largamente distribuídos pelo Ministério da Saúde, mas que não são comumente consultados.

São citados também como fonte principal de informação para a população, apresentando uma linguagem adequada ao entendimento leigo. A ressalva feita a este tipo de divulgação está na ênfase, com conteúdos mais contundentes. Os profissionais se referem aqui, e em outros DSC, à divulgação de aspectos que foquem a gravidade da doença e suas consequências. Este discurso também é colocado para os cartazes e folhetos distribuídos pelo Ministério da Saúde e os elaborados pelas secretarias estaduais e municipais. Bagliniet al. (2005) discutem esta necessidade de mudança de foco nas informações distribuídas para a população, para que haja continuidade das práticas preventivas.

Os meios de comunicação locais, como as rádios, são pouco utilizados, sendo que, na avaliação dos entrevistados, tudo isso surte pouco efeito na população. A forma mais eficaz seria mesmo a orientação casa-a-casa, realizada pelos ACS.

Falta continuidade
É a gente orienta desde aqui do balcão. Deu uma aglomeração de pessoas, é uma reunião, ali a gente já faz a palestrinha, roda de conversa, porque aquele que não está fazendo chega em casa e olha com olhos diferentes. Quando dá um caso de dengue no bairro aí o alerta está feito. Nós temos que estar trabalhando essa educação continuamente. Antes de chegar o período do dengue já ta insistindo no cuidado. Tudo é questão de manter essas orientações ou reforçar, ao invés de só na epidemia. Eficaz ela não está sendo, senão não teriam tantos casos de dengue, mas... (silêncio) Eu acho que estão fazendo mais campanhas pra onde menos precisa, os lugares onde fazem as campanhas são tudo os mesmos. Está unilateral, não está conseguindo adesão da comunidade. São fracas as campanhas, não têm muita penetração, parece que é uma coisa muito leve, é uma coisa muito superficial. A avaliação que eu faço é o seguinte: o ministério da saúde, os municípios e os estados não podem baixar a guarda. E com relação ao profissional da saúde, é uma coisa meio de praxe, setembro, agosto a gente já tava falando do dengue, se preocupa em orientar quando está no auge. Que depois até comentário na TV diminuiu bastante. Quando estava a campanha mesmo, na rodoviária tinha maquete, feitas as casinhas, caixa d'água. Você não vê mais. Então, o que está na moda o pessoal fala. Ela começa grande, depois vai acabando, acabando, acabando.

O caráter contínuo de uma ação faz com que ela se incorpore ao cotidiano das pessoas. Esta incorporação é que está faltando nas campanhas que ocorrem em períodos específicos, acompanhando a sazonalidade da doença.

Esta constatação refere-se não só a campanhas de grandes mídias, mas também a ações educativas desenvolvidas nas USF que se preocupam em orientar quando está no auge.

O imediatismo das ações de prevenção e controle que acontecem em momentos pré-determinados como o “Dia D” e as ações pontuais realizadas em épocas de início da estação chuvosa (outubro a março), são práticas correntes mas que contrariam a importância das ações contínuas mesmo em épocas de baixa ocorrência de dengue, conforme enfatizado no DSC.

Necessita mudança de foco
Eu sei que a propaganda tem que mudar o foco, ninguém mais presta atenção naqueles cartazes, é uma coisa repetitiva, as pessoas pegam o papel já nem lê mais, já descarta então eu acho que poderia está já partindo pra outro. Sinceramente, eu penso assim é legal o que ta passando na televisão, só que eles não dão muita importância, eles esclarecem coisas mais continuam batendo na mesma tecla, falando a mesma coisa, que tem que tomar água, hidratar essas coisas. Mais porque ta acontecendo isso de novo? Eles batem na mesma tecla, então eu acho que até certo ponto por um lado é bom tem que relembrar, mais até quando? Eles não vão ter a mente formada mais do que tem aqui. Eu acho bom, mas tem dois lados. Então vai ter que ter as duas coisas, vê o lado da prevenção e vê o lado também de como que é durante o período da doença pro povo poder renovar a sua mentalidade. Eu acho que não surte efeito, que não mostra a realidade. Não mostra que o dengue mata, que atinge a família, que atinge pessoas importantes, que todas as pessoas são importantes para sua comunidade. Mas eu acho que só isso talvez não seja suficiente, acho que precisa de alguma coisa mais contundente também. Seria assim uma linguagem muito superficial a respeito do assunto do dengue? As pessoas gostam de coisas mais drásticas, mais dramáticas. Tem que mostrar que morreu alguém ou que aconteceu alguma coisa mais trágica pra eles tomarem ciência disso. Talvez seja assim tudo jogado muito, muito leve não sei, talvez seja isso. A comunicação muito superficial. Mostrar morrendo mesmo, que o bichinho é pequenininho e potente, que morre mesmo que ta dentro do seu quintal porque não tão levando a sério, mostrar que existe óbito, mostra bem feio na TV.

Para evidenciar a ocorrência endêmica do dengue, bem como o crescimento de complicações que aumenta o número de casos graves e óbitos, os entrevistados avaliam que as campanhas precisam mudar o foco dos conteúdos nas peças publicitárias.

Entendem, coerentemente com o discurso sobre continuidade das campanhas, que os conteúdos sobre prevenção, sinais, sintomas e tratamento precisam ser mantidos, mas alertar para os sinais de agravamento e os índices de complicações sérias e óbitos se faz urgente.

Acreditam ainda que peças dramáticas, que possam chocar o público, terão maior impacto na conduta da população em relação aos cuidados preventivos. Parecem dizer que, se a população não acredita, o caminho é mostrar a realidade de forma crua. Isso, de certa forma, contradiz as afirmações anteriores que dão conta de que, mesmo sentido na pele as mazelas da doença, as mudanças no período pós-dengue são passageiras.

Entretanto, a metodologia COMBI determina que é necessário provar previamente as práticas de forma a determinar a probabilidade de que uma prática seja aceita e as mensagens entendidas para gerar o impacto desejado (BRAGA, 2008). Significa dizer que, mudar o conteúdo das campanhas não vai necessariamente produzir uma mudança significativa, precisa antes saber se o conteúdo vai impactar, basta ver os resultados específicos da estratégia de colocar imagens chocantes nos maços de cigarro, que não teria causado a queda do uso do tabaco se não tivesse associada a outras estratégias legais como a regulamentação de propaganda na mídia.

Tem investimento, mas não tem retorno.

Eu acredito que falta, principalmente, discutir a política de saúde pública sabe? Porque está muito a cargo de nós, profissionais de saúde, divulgar o serviço. Mas o que percebe é que tem assim o rádio, a televisão, mas não está persistindo. E quando existe essa difusão é legal. A gente vê assim aqueles panfletinhos que entrega pra população e o governo gasta rios de dinheiro e não atinge a população. A gente entrega nas casas e vê que dali a pouco tá jogado no chão, usa pra outros fins e acaba não absorvendo aquilo ali. O governo investe muito nisso, bate em cima disso todo ano tem Dia D, mas eu não sei o que tá acontecendo ainda que não tá sendo suficiente pra alcançar o objetivo, do tempo que existem essas campanhas aí se tivesse valendo alguma coisa acho que hoje não teria dengue. Acho que eles investem bastante nisso aí, mas não é suficiente. Eu acho que não tá chamando atenção mais já tá todo mundo acostumado, que há um grande investimento na questão de divulgar uma coisa que as pessoas já está sabendo. Eu acho que poderia estar utilizando isso para outros setores...

Os profissionais percebem a pouca atenção com referência aos materiais educativos distribuídos sobre o dengue, associado a RS sobre o conhecimento adequado da população e acreditam que os recursos utilizados com divulgação impressa e na mídia poderiam ser redirecionados para outros setores.

Estudos mostram que os investimentos em programas de controle têm crescido substancialmente, bem como o custo de epidemias, mas que os custos se reduziriam a 30% se fossem levados a cabo os programas integrados de prevenção e controle (GUZMAN; KOURI, 2003). Esses investimentos poderiam responder às demandas de capacitação, estudos sobre os conteúdos das campanhas, planejamento de recursos materiais e humanos para atividades educativas, entre outros.

Vale lembrar que o retorno das campanhas realizadas até então está na constatação dos próprios profissionais quando relatam o alto nível de conhecimento da população sobre dengue.

6.3.2 Ação educativa prejudicada pela exigência de produtividade e pela diversidade de atribuições

Diversidade de atribuições dos profissionais e cobrança de produtividade

Só que no PSF nós temos muitas atribuições, relatórios, são muitos programas pra serem atendidos. Acaba, falta tempo para ir na comunidade fazer atividade educativa. Deixar isso de lado e dar foco para o dengue, aí a população vai padecer muito mais. Agora no momento que eles acabarem com esse negócio de burocracia de papel, de curativa, aí sim pode ser que começa a funcionar o PSF. Eles cobram resultados. Engessa a gente. Eu culpo a prefeitura e a secretaria de saúde que impõe ao funcionário uma metodologia de trabalho do qual ele tem que fazer mais parte curativa do que a preventiva. Então a gente fica aqui na Unidade e nas reuniões de hipertensão e diabetes. O ideal seria fazer mesmo reuniões com a população toda, mas nem sempre a gente consegue porque quando vai fazer alguma coisa a secretaria barra. Ah, o objetivo da secretaria é deixar a unidade aberta para ter produtividade. Se você for trabalhar a risco com PSF que é pra priorizar a prevenção as campanhas você não consegue e tem reclamação, você perde emprego. Eu discordo dessa maneira de ver as coisas. A gente tem que primar pela qualidade, não pela produtividade. Mas eu me preocupo com a minha produtividade. Eu termino seguindo o que os outros fazem. Agora se a gente pegasse essa produtividade e dobrasse o valor do salário...

Dois pontos importantes que atrapalham as ações educativas individuais e coletivas, realizadas pelas equipes são explicitados no DSC: diversidade de atribuições e exigência de produtividade. Observa-se novamente que estas questões estão presentes em todas as atividades da UBSF, mas é evidenciada quando da necessidade de agregar esforços para enfrentar surtos e epidemias de dengue. Volta aqui à discussão da precarização do trabalho nas equipes de saúde da família, principalmente pelo acúmulo de atribuições do enfermeiro e do ACS.

Uma das formas de agregar valor ao salário dos profissionais foi a instituição da produtividade. Existem diversos fatores envolvidos neste processo: a produtividade não é parte do salário, e, portanto, não entra nos cálculos do valor da aposentadoria; faz com que a programação das atividades seja, como diz o DSC, engessada, com a exigência do cumprimento de metas pré-determinadas, nem sempre adequadas à realidade em constante mutação; geralmente as metas são associadas a ações curativas, desvirtuando o caráter preventivo e de promoção da saúde, preconizado pela estratégia de saúde da família.

Trad e Rocha (2011) consideram a produtividade, aqui entendida como o cumprimento de metas e atividades para cada profissional, como um entrave na construção de um projeto compartilhado de assistência ao usuário e à comunidade.

Mas, ainda que não concordem com a metodologia de trabalho por metas e produtividade, os entrevistados aceitam a situação por ser uma decisão vertical e de difícil negociação dadas as condições de financiamento da saúde e do caráter autoritário de algumas chefias.

6.3.3 Informações que estão disponíveis não são observadas no cotidiano

Sabe mas não faz

Todo mundo já sabe do dengue. Você orienta, agora o que ele vai fazer pra frente, se ele vai pegar essa informação e se ele vai achar importante aquilo que foi dito e vai levar a sério não tem como eu medir. É difícil de monitorar e saber se ele pegou aquela informação, achou importante e vai fazer aquilo que foi orientado. E a grande maioria acaba não fazendo. Eles têm conhecimento e tão preocupado com os sintomas da doença mais na hora que fala de como prevenir ai não faz. Até contrair os sintomas sabe que tem que tomar remédio, toma água hidratar. Mas chega aqui no posto morrendo, da vomito e você pergunta tomou água: não, não to com vontade ou então deixa se abater muito. Prova é que quando faz os arrastões, as limpezas, aí eles trazem um monte de coisas. De onde que eles pegam essas

coisas que eles levam? Pegam ali das casas, dos quintais, do vizinho. É sinal que não tá limpo, que tem coisas ainda lá que pode acumular água. Tem pessoas que são super preocupadas e aí o vizinho do lado que recebeu a mesma informação, recebeu as mesmas orientações, tem lá um monte de coisa que ele tá acumulando água. Ninguém nasce pra falar: "Não, tem que ser sujo". Mas assim generalizando, todos sabem como que deveria ser, todos, mas você não consegue essa abordagem. Eu acho que é aquilo que a psicologia fala, o pensamento mágico: isso nunca vai acontecer. Mas quando a gente vai fazer visita, faz palestra, praticamente eles não têm mais dúvida em relação o dengue, sabe o que pode acontecer. Se fazer uma provinha tira dez. Eles acreditam na informação só que eles não tomam uma atitude. Eles acreditam porque eles vêem o comentário, veem que está falando de dengue, vê! Eles sabem que acontece, eles deixam acontecer, para depois eles tomarem providências!

Santos, Cabral e Augusto (2011) fazem a distinção entre os conceitos de conhecimento, atitude e prática, para que se entenda porque o alto nível de conhecimento sobre dengue não se reflete em prática preventiva adequada e eficaz para a redução da ocorrência da doença.

Enquanto conhecimento é a capacidade de reproduzir de forma correta um determinado conteúdo, atitude está relacionada à dimensão emocional e diz respeito à opinião que o indivíduo tem a respeito daquele conteúdo. Assim, conhecer as medidas preventivas pode não estar acompanhado de uma opinião positiva sobre o assunto. Exemplificando a respeito do lixo, a maioria dos discursos fala sobre o acúmulo de lixo nos quintais e terrenos baldios e que todos sabem que este acúmulo pode ter macro e micro criadouros do vetor do dengue. Entretanto, a opinião da população pode ser que isto seja apenas um depósito de materiais que ainda tenha utilidade e que poderá ser sua fonte de renda. Neste sentido, a tomada de decisão para executar ações propostas pela saúde de limpeza constante dos depósitos de lixo, não será uma prática, relacionada à dimensão social.

Enquanto a atitude refere-se à orientação do comportamento (VILLAS BOAS, 2004), a prática refere-se à ação executada.

Como a ação dos agentes é sempre centrada no vetor, observa-se alta taxa de conhecimento deste conteúdo e, portanto, apropriação do conteúdo transmitido, mas conhecimento insuficiente quanto à gravidade da doença pela pouca ênfase das campanhas neste aspecto do dengue.

6.3.4 Campanhas realizadas de forma individual ou em grupos específicos

Limitação na definição do público-alvo das campanhas

Mas a gente faz muita orientação com eles, nem que não esteja alta, a gente mantém essa divulgação. Porque você fala, a enfermeira bate, o médico bate, a fundação que vai na casa, que é um outro tipo de visita, bate. Também, tenho sempre falado isso, na higiene, nas coisas. Então tem o individual, nas consultas, tem o coletivo que a gente faz na própria unidade de saúde, porque a gente mais passa para eles é através de palestras. Aborda nesses outros grupos, que são grupos maiores que a gente sai do posto para fazer, só que são grupos limitados. A gente tem grupo de hipertenso, que é um grande sucesso, que é o encontro que a gente tem mais seguido, acho que o que a gente atinge bem são os idosos, a gente divulga ao máximo. Os idosos o que você fala para eles, eles aceitam bem, aplicam, fazem. Agora a população adulta é complicado. Se você atinge só os idosos, só as mães, ainda tem muita gente que fica fora. Gestante, até agora a gente nunca abordou no grupo de gestante ainda que de gestante, o acesso muito fácil e tem nas casas com as visitas, é um trabalho assim de formiguinha que é as agentes de saúde nas casas. A responsabilidade é a orientação. E orientação mesmo, orientação e assim, exigir da pessoa que ela cuide, que ela não jogue. Então, é mais através de comunicado mesmo.

Uma vez que existem limitações nas ações desenvolvidas pelos profissionais das ESF, conforme discutido no DSC sobre produtividade, ocorre a tentativa de concentrar repasse de informações e de criação de uma consciência preventiva de forma individual e aproveitando os espaços de discussão já instituídos, como as reuniões de hipertensos, diabéticos e gestantes. Estes espaços são institucionalizados e compõem o rol de metas a serem cumpridas pelas equipes. Entretanto, os próprios entrevistados entendem que é um público restrito, em geral formado por mulheres e idosos. Esses aceitam bem as orientações, entretanto têm pouca força de expressão em casa e na comunidade. Ainda que exista acesso facilitado para as gestantes, este público também é restrito e está numa fase complexa da vida, o que pode prejudicar a tomada de atitude em relação ao dengue.

6.4 Consequências da ocorrência do dengue

Como consequência da ocorrência contínua do dengue, os profissionais apresentam três IC:

Quanto maior o numero de casos, mais fica evidente a falta de estrutura dos serviços para o atendimento à população. Isso também se reflete na mudança da rotina das unidades. Esta IC é mais citada pelos profissionais de enfermagem, geralmente os responsáveis pelo planejamento das ações e pelos relatórios mensais de todas as atividades realizadas pela equipe.

Outra ideia que fica evidente, e também é citada pelos enfermeiros, é o deslocamento de responsabilidades individuais, como a limpeza de quintais, para o poder público.

A mudança de comportamento esperada em pacientes de dengue é uma IC que mostra sentimentos de decepção entre os entrevistados.

Tabela 3 – Frequência absoluta e relativa das implicações da ocorrência do dengue, listadas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, macrorregião de Dourados, 2010

Ideias Centrais	Médicos (n=12)		Enfermeiros (n=16)		Auxiliares de enfermagem (n=17)		Total (n=45)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Evidencia falta de estrutura dos serviços afetando a rotina.	4	33,3	7	43,8	8	47,1	19	42,2
A população transfere responsabilidades para os serviços	-	-	6	37,5	3	17,6	9	20,0
Mudança de comportamento no período pós-dengue	-	-	6	37,5	5	29,4	11	24,4

6.4.1 Evidência da falta de estrutura dos serviços para atender o aumento da demanda

Falta de estrutura dos serviços
É que todo ano, "Oh, vai ter outra epidemia". Aí chega na hora da epidemia, ninguém se prepara. Pega todo mundo desprevenido. Não tem material, não tem scalp, soro, seringa, equipo, é a falta de máscara, de divã, de soro, de luva, de respaldo técnico, números de exames, o laboratório não esta preparado com gente para fazer hemograma e plaquetas, e não tem carro para vir buscar sangue, nada. Sabe que vai vir e ninguém se prepara. É aquele

negócio assim, não existe planejamento, mesmo depois de tanta epidemia eu não vejo que existe. Depois que já está a epidemia instalada que começa a ir atrás de tudo para a gente trabalhar. Aí é complicado! Na época de pico, daquela ocorrência maior de dengue, o serviço de saúde vira um caos. A cada 10 consultas, oito era dengue. É muito paciente, o paciente fica ruim mesmo. Então a gente tem que acabar cuidando aqui mesmo, hidratando, porque nem se a gente for encaminhar o paciente que precisa de uma hidratação pra um serviço de referência, aí não vai dar conta mesmo. Hospitais lotados, não tem lugar para internar as pessoas. Então vira um caos e o coitado do paciente sofre muito, porque dengue é uma doença que é assim muito complicada. Às vezes eu preciso colocar paciente pra tomar soro ali na sala, você não tem outra maca pra colocar, então assim, desestrutura totalmente. Nós somos poucos profissionais pra demanda que o dengue faz, no caso de epidemia, num caso de surto, o hospital mesmo não tinha nem maca porque era uma aglomeração imensa. No caso se o próprio funcionário também foi picado, também ele fica ausente, tem que ficar ausente no mínimo uma semana, de repouso, vai ter falta no trabalho. A população é claro vai adoecer, a demanda vai aumentar já que o numero de atendimento aumenta.

Os profissionais sentem com mais ênfase, nos períodos de epidemia de dengue, as condições de trabalho a que estão sujeitos durante todo o ano. Relatam falta de material, escassez de recursos humanos, falta de apoio logístico, problemas de planejamento. Isso tudo é reflexo de amadorismo na gestão da saúde, muito bem colocado no DSC quando relata que os dados e o histórico indicam a próxima epidemia ou surto e ainda assim pega todo mundo desprevenido. Estudo realizado por Trad e Rocha (2011) evidencia esta repercussão negativa da infra estrutura deficiente dos serviços de saúde no trabalho das equipes.

Zambrini (2011) relata que uma das lições aprendidas com a epidemia da Argentina em 2009 foi que existe alto grau de improvisação e descoordenação entre os atores envolvidos no combate e no atendimento à epidemia, apesar de contar com dados epidemiológicos, de vigilância e de mapeamentos sobre o dengue.

Durante as epidemias também é observado deficiência no atendimento secundário e terciário, com unidades de emergência e hospitais com capacidade excedida.

Como já descrito no DSC sobre capacitações, os profissionais apresentam dúvidas sobre aspectos relativos à doença e isso pode aumentar o número de encaminhamentos para outros níveis de atenção.

Além disso, o fato de que os próprios profissionais também são vítimas do dengue, diminui o efetivo nos serviços, atribulando ainda mais o atendimento.

Rotina dos serviços

E pro serviço tumultua tudo, nós paramos todos os programas, só não pré-natal, o restante nós paramos tudo. Visita, hipertensão... reunião de equipe, programas. Tudo cancelado. Tudo que tava sendo feito se perdeu, porque tivemos uma super demanda sem ter para onde mandar porque todos as outras unidades com excesso de demanda também. É fatal pro serviço. De novembro pra cá ninguém conseguiu trabalhar mais. o posto fica lotado e a gente fica doidinha de um lado pra outro, você não orienta como deveria ser orientado. Aumenta a quantidade de exames, as prioridades né, porque minha unidade tem uma cota para colher, que era cinco exames, agora eu colho quanto virem. Então eu não sei se amanhã vou colher 10, 15... Ou nenhum. Quando eu termino isso, já estão vindos os soros, as notificações e os hemogramas do outro dia. Então às vezes tem vacina pra fazer e tem mãe que não tem paciência para esperar, curativo que também não vai ter paciência para esperar, até por que a unidade é pequena. Uma coisa puxa a outra: o paciente fica bravo comigo porque demora pra fazer vacina, demora pra fazer curativo, tudo fica mais enrolado por causa do dengue. É, desestrutura porque você, que nem, o dia que o Dr. faz Hiperdia ele acaba consultando um outro paciente, que está com dengue porque ele sabe que não dá pra esperar a tarde. Então assim, desestrutura o atendimento. O dengue afeta muito a saúde pública e também em relação a todos os níveis de saúde, afeta de diversas maneiras. São pais de família que deixam de trabalhar, crianças que deixam de frequentar a escola, em consequência do dengue. o posto abre.

A UBSF atende público delimitado e tem rotina bem estabelecida, tanto pelas normas do Ministério da Saúde quanto pelo planejamento realizado rotineiramente em nível central e pela própria unidade. As equipes realizam atendimentos agendados para grupos específicos como hipertensos, diabéticos, crianças, idosos, gestantes, acamados, além de atender a demanda espontânea que é bastante diminuída em unidades organizadas e atuantes na comunidade adstrita.

Toda essa organização é afetada durante surtos e epidemias de dengue, como bem descrito no DSC. A prioridade volta-se para o atendimento ao paciente com sinais e sintomas do dengue, e mesmo as atividades educativas são temporariamente suspensas.

Obviamente, como é uma doença viral aguda, o atendimento tem que ser imediato, até mesmo para prevenir possíveis complicações. Mas esta demanda excessivamente aumentada afeta toda a rotina da unidade, tendo reflexos no trabalho dos profissionais e para os usuários da unidade, que reclamam da demora no atendimento. Somado a falta de estrutura discutida no DSC anterior, temos, então, a mudança de uma rotina bem conhecida da população, gerando toda uma situação de ansiedade e descontentamento.

6.4.2 Transferência de responsabilidades da população para os serviços

Transferência de responsabilidades

Então ele vai sempre esperar alguma coisa do poder público. A pessoa ainda, ele acha assim que tem que cuidar do dengue é o governo, é a prefeitura, é o pessoal da saúde. E eles é que tem que se conscientizar, que tem que cuidar. Teve situações em que o agente comunitário de saúde foi com saco de lixo, que sair nas casas pra juntar os lixos dos quintais. Tudo bem, ele pode entrar, olhar e orientar, só que ele não tem tempo de ir lá e catar o lixo? Então ficou uma coisa muito assim, de passar a mão na cabeça mesmo. A população acaba deixando pro município ser responsável pelo próprio quintal dela. Aqui por exemplo tem situações no ano que o município tem que mandar fazer o mutirão da limpeza. E eles ficam ansiosos esperando que entrem nos quintais e façam a limpeza. A maioria, pelo menos, não se mexe pra limpar e evitar o foco que se forma. Eu acho que as pessoas são muito dependentes, depende da prefeitura, do assistente social, pra tudo ela depende. Aí a prefeitura vai lá corta a grama. Eu acho que ela não vai atrás não quer fazer alguma coisa porque o SUS fornece remédio eu tenho médico de graça. Aí pensa assim: a prefeitura vai ali corta, roça a grama, não tem que se prontificar cortando a grama, não passa um veneno, nem ta vendo se jogaram lixo, então eu acho que isso é um pouco comodismo. Na minha concepção, eles querem depender do município querem que vão na casa deles 24 horas. É ninguém toma iniciativa. Não quer nem comprar o remédio que custa 1,90. Eles querem sugar mesmo o município muita dependência porque sabe que o SUS fornece.

É muito evidente neste discurso, e em outros sobre comodismo e sobre a qualidade dos serviços, que a população acredita que a responsabilidade da limpeza da cidade toda, incluindo os seus quintais, é do poder público. Figueiró et al. (2010) colocam esta situação em

um contexto similar pesquisado. Esta situação está associada ao comodismo e às ações assistencialistas planejadas para prevenção do dengue como os mutirões de limpeza.

Observa-se que esta transferência de responsabilidade, evidenciada aqui no caso do dengue, é uma realidade para a saúde em geral, inclusive observada em contextos distintos como no estudo de Toledo-Romaniet al. (2006), realizado em Cuba, que coloca esta transferência de responsabilidades para o poder público como o problema central para a baixa participação comunitária nos programas de controle do dengue.

6.4.3 Mudanças de comportamento no período pós-dengue

Mudança de conduta
Então... quando tem surto eles sentem na própria pele o que é ter dengue. E mesmo assim muitos não mudam. Então, eles só veem condições de fazer se alguma coisa acontecer coisa pior: morte, algumas pessoas da família internada, aí que eles procuram assim mudar. Melhora, a conscientização só vem depois que passa pelo certo problema. Você vai conversar com eles, eles falam que quando sentiram na pele eles viram que a coisa é grave, e a partir daí mudou-se o comportamento em relação ao seu próprio quintal, a sua casa. Então começou a tomar cuidados, certos cuidados que antes não tomava. 70% não mudam, 30% ainda se conscientiza mas 70% não. Eu tenho visto muitas pessoas chegarem aqui e falar assim: "que eu já tive dengue" então, será porque não mudou até porque as pessoas não ficam nas suas residências a maioria tem muita gente que pego dengue na vida ativa do trabalho que é longe de casa. Não porque aquele que muda, aquele que presta atenção aquele que participa ele já tá cuidando do seu quintal entendeu eu acho que é aí que tá. Aquela pessoa que cuida ela vai fazer isso mais aquela pessoa que não cuida ela não quer saber de orientação ela não tá nem aí pro dengue.

O DSC mostra que não é possível uma generalização sobre se ocorre ou não a mudança de comportamento da população que teve dengue em relação às ações preventivas.

Como discutido no DSC sobre hábito, o processo de mudança é difícil e depende do conhecimento adquirido em cada situação.

Estudo de Benítez-Leite et al. (2002) conclui que este conhecimento não leva, necessariamente a praticas preventivas, mesmo em casos onde o indivíduo já vivenciou as

mazelas causadas pela doença. Portanto, a ocorrência da doença por si só pode não levar a alterações no seu padrão de vida.

6.5 Sugestões para melhoria das ações de educação e comunicação no controle do dengue

Tabela 4 – Frequência absoluta e relativa das sugestões para melhorar o combate à dengue apresentadas por médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem da ESF, macrorregião de Dourados - 2010

Ideias Centrais	Médicos (n=12)		Enfermeiros (n=16)		Auxiliares de enfermagem (n=20)		Total (n=48)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fiscalização e punição	6	50,0	5	31,3	7	35,0	18	37,5
Investimento na educação de crianças, adolescentes e em formadores de opinião	6	50,0	7	43,8	3	15,0	16	33,3
Acesso a informações oficiais atualizadas	3	25,0	3	18,8	-	-	6	12,5
Ação multidisciplinar e intersetorial	5	41,7	6	37,5	1	5,0	12	25,0

6.5.1 Fiscalização e punição

Fiscalização e punição
Tinha que pegar mais pesado aí, investigação, multa, cobrar de limpeza, tudo isso. As casas, as casas também eu acho que deveria ter uma fiscalização maior, ter punição, como algum tempo atrás foi falado aqui que teria multa, que os agentes de controle de vetores teriam esse poder de multa. Notificação, após quinze dias se não resolver a situação: multa. Só que tudo isso não passou de conversas, de falas, na prática isso não funcionou. Mas eu acho que deveria ter uma cobrança também do poder público mais firme nesse sentido. Porque eu acho assim igual se você fosse lá em países que você recebe multa por jogar lixo, recebe multa por alguma coisa errada que você faz, então eu acho que ajudaria. Que nem está acontecendo em Campo Grande, foram avisados, duas, três vezes, foram dadas advertências, e na terceira quarta vez na reincidência, quando mexe no bolso do cidadão aí a coisa muda.

Certos bairros diminuiu expressivamente. as pessoas vão ter que começar a arcar com as consequências do que eles fazem de errado, com as consequências dos seus atos. As pessoas estão perdendo isso de valor, de ética, de bons modos. Mas a questão está em se fiscalizar e punir. Por enquanto é a única forma das pessoas mudarem o conceito. Mas arcar assim, aqui a saúde é gratuita, eles tem dengue a gente atende, eles tomam um sorinho, eles tem um médico, eles tem tudo. Eu acho que vão ter que ser adotadas outras políticas de contenção, eu acho. Então acredito que as mudanças tem que acontecer dessa forma: ter uma punição para quem tem foco de dengue em casa. Nesse sentido os profissionais de saúde não tem responsabilidade, a responsabilidade em si seria a agente de saúde estar orientando, a vigilância sanitária esta advertindo e mantendo a lei. Tem lei para isso sabe, mas esse ano eu acho que foi muito pouco utilizado, não é? Só que como você vai fazer isso daí? Você vai contratar gente para limpar quintal dos outros? Eu acho que não é viável. Sabe, é inadmissível morrer pessoas com dengue hoje, em pleno século 21. Por isso mesmo está faltando é educação comunitária. Mas ai não, fica dando presente, da bicicleta por cuidar do quintal eu acho errado e a estratégia não é fica adulando não tem que multar e todo mundo ajuda a cuida. Porque se mexer no bolso, cuida.

Uma das sugestões, citadas por todos os profissionais entrevistados, é a IC de que fiscalização constante, notificação oficializada de locais com criadouros e, posteriormente, punição para os casos em que não houve resolução do problema, são ações que resolveriam o problema dos criadouros do vetor.

Parks e Lloyd (2004) concordam que estas estratégias podem criar um entorno favorável para a prevenção e o controle da doença, mas necessitam de cuidado especial na sua operacionalização para não criar mais resistências, sendo contraproducente se tomadas como único meio de atuação.

Tanto na ótica dos profissionais, como na da população, a punição feita através de multas aplicadas a locais com presença de criadouros, é a única maneira de fazer com que haja controle do vetor.

Existem leis, como a lei municipal ^{No} 2850, de 10 de abril de 2006, que regulamenta a fiscalização, a notificação e a aplicação de multas em Dourados. O problema é a influência política na aplicação desta lei, sua divulgação e utilização em conjunto com outras atividades que devem proporcionar mudança de conduta e não apenas servir somente como forma de punição.

6.5.2 Investimento na educação de crianças e adolescentes.

Educação de crianças e adolescentes

Os agentes se dividem e vão pra escolas, é uma parceria que a gente tem com a Educação. É uma coisa que eu consegui fazer é a criatividade, o que me chama atenção e acho que mais nas escolas, é trabalhar a criança. Criança está no quintal de casa o dia inteiro, está na rua. É tem campanhas, tem postos que fazem gincana e quem vai participar é a criança. E você consegue ver que criança consegue muita coisa, porque a criança tem a coragem, tem a cara de pau de bater palma na casa do vizinho. Trabalhar com criança é importante, é estratégia, com certeza, implementar as ações educativas em saúde com ações de impacto, como gincanas em escola, mas fazer isso de uma forma mais efetiva mesmo. A criança ela fala, ela sabe, se você perguntar ela sabe, ela tem essa percepção, se vê algum foco ela fala. As campanhas na televisão, elas chamam bastante atenção. Até as crianças, eles param pra olhar, porque elas são bem divertidas. Poxa, eles fazem teatrinho, fazem isso, fazem aquilo, e saem orientados. As vezes a gente faz algumas atividades, que a gente chamou os enfermeiros, as universidades, fez não para os adultos mas para crianças e adolescentes. Pra eles servirem de multiplicadores. A gente achou que foi uma coisa boa que aconteceu. E a criança, o adolescente ele é muito crítico. Então eu acho que pra eles cobrarem mesmo, até os pais, e os vizinhos. Porque às vezes uma criança dirigida ela coopera mais do que um adulto. Um adolescente, o adolescente é um alienado, ele é super homem. É por aí, porque o "marmanjo" você não vai mais mudar de jeito nenhum. O "marmanjo" você não educa mais, muito pelo contrário, ele caduca mas não se educa. Ensinar o indivíduo desde de pequeno a não jogar o lixo no chão, a cuidar do meio ambiente em que vive, e assim por diante. Não adianta eu limpar meu quintal e eu jogar papel de bala na rua. Então se a gente começar a orientar as crianças, vai crescer um individuo mais consciente. Então o professor é o vetor da informação. É o neto que vai educar o vovô, a vovó, os tios e a periferia toda. Por que quanto uma criança fala todo mundo para observar, quer seja por graça ou por curiosidade. Então eu acho que o único meio, a tabua de salvação que nos temos é o processo educativo das crianças. Na escola talvez, um tipo de educação porque, você compra um refrigerante manda colocar num saquinho, termina de tomar, joga onde você estiver. Come um salgadinho, joga onde estiver. Compra um sorvete, um picolé, pega o pacotinho e joga onde estiver. A população não tem uma educação de não jogar o lixo fora do lixo. Então na escola, quando é feito, as crianças ficam bem mais atentas.

A estratégia de utilizar a escola como difusor de conhecimento (FERREIRA, 2006) é citada pelos profissionais como importante para mudanças no panorama futuro da ocorrência de dengue, já que as crianças e os adolescentes estão em uma fase que o seu cognitivo está em formação e as condutas ainda não estão cristalizadas.

Em relação à atuação das crianças e adolescentes na situação atual, a rede de ensino serve como fonte de conhecimentos e as crianças são canais de divulgação destes conhecimentos na comunidade em que vivem (BRASSOLATTI, ANDRADE, 2002).

O DSC mostra a importância da educação como parceira e a necessidade de manutenção e ampliação deste espaço na prevenção e no combate ao dengue (DONALISIO; ALVES; VISOCKAS, 2001; TORRES, 2005).

Torres (2006, p. 69) chama de “educação em cascata” a multiplicação de esforços na divulgação de informações, incorporando estudantes e líderes na educação/informação/comunicação de todos os aspectos relacionados à prevenção e controle do dengue.

Os profissionais, ao mesmo tempo em que colocam a solução na formação de futuros cidadãos, não acreditam na mudança de postura dos adultos, já com hábitos muito cristalizados difíceis de serem substituídos.

6.5.3 Acesso a informações oficiais atualizadas

Informações oficiais
Mas assim, eu tenho as informações verdadeiras, eu sei daqui da ponta, no jornal eu leio "São 108 casos". Não são, são muito mais. Mas é que eles falam assim pelo resultado da sorologia, demora muito tempo para chegar o resultado da sorologia, porque as notificações são muitas. Fica subnotificado. Eu acho que para cada caso quem sabe tenha mais do que dez. A secretaria fala em oito, mas eu acho que é mais. Eu acho que deveria ter mais informação porque é a mesma coisa todo ano, tinha assim que ter um informativo que mostrasse quais populações teve dengue em quais regiões que é mais afetada, eu acredito assim que pode através desse informativo a população acreditar mais. Eu acho que aqui está faltando em relação de informação para UBSF é a institucionalização de bancos também que estarão dizendo, assim qual a porcentagem de dengue que eu estou tendo em determinadas regiões. Isso eu não tive acesso. Antigamente vinha o Índice de Bretô, também não vem mais

Para os profissionais, as informações atualizadas, tanto de ocorrência como de dados científicos referentes à prevenção, controle e tratamento, é essencial para a qualificação do trabalho nas ESF. Vale lembrar que os profissionais da ESF são generalistas, e sentem a necessidade de orientações especializadas sobre diversos assuntos, evidenciados os aspectos referentes a dengue neste estudo.

Guzman, Garcia e Kouri (2006) falam sobre a importância da DengueNet para a difusão de dados atualizados e Ribeiro (2008) enfatiza que é necessário que as informações sejam compreensíveis, mesmo quando transmitidas para os profissionais. Neste sentido, o uso de linguagem padronizada e um porta-voz em cada nível de gestão são sugeridos por Rigau-Pérez e Clark (2005) de forma a não desvirtuar nem trazer contradições nas informações divulgadas.

6.5.4 Ação multidisciplinar e inter setorial

Ação multidisciplinar e Inter setorial

As pessoas tem que se comunicar mais. Mas é aquele negocio falta uma organização: muda muita gente, e vai mudando, mudando. Tem, tem ou as pessoas planejam e não avisam, não sei. A informação chega crua. Sabe, porque ninguém vence sozinho, mas eu posso contribuir, com a minha parte eu estou contribuindo. Precisa avançar mais, esse avanço eu acho que precisa começar lá em cima. Mudar um pouquinho algum regime, algumas leis e diretrizes para a gente melhorar aqui embaixo, decidir nos apoiar. E as auxiliares de enfermagem, eu não sei falar exatamente o que elas fazem, mas elas fazem visitas domiciliares também, eu não sei se elas fazem algo nas visitas. Eu acho que sim é que tudo depende é uma intersectorialidade na minha realidade aqui. Aquela família o que ela tem é pra se alimentar então não tem uma importância o foco, ai eu acho que eu preciso de outros setores, então por isso eu não consigo resolver o problema. A intersectorialidade não existe! Alguém do ambiente, que cuida do ambiente, não faz na área da saúde, e está relacionado. A comunicação que existe é verticalizada, ela não é horizontal. A ordem vem, você cumpre. Ela vem só da saúde, ela não vem do ambiental, ela não vem de outros lugares não. Aí que eu quero falar, eles jogam nas minhas costas, eu tenho que ir lá falar sobre isso. Será que é só eu que tenho que fazer isso? Será que um professor não pode fazer? Não tem um professor de biologia lá, que poderia estar assumindo esse papel? Precisa do nosso auxílio pra fazer isso? Essa é a questão, é somar com todo mundo. Eu acho que teria que ter essa

setorializacao, trazer alguém da limpeza pública, construção civil. Trazer e fazer um bate papo geral com todo mundo e o setor da saúde. Então aquele que está batendo o cimento lá não vai deixar a caixa de água cheia de água para ficar daqui a amanhã aquela água. Tem que pegar a mídia, tem que a escola, dentro da escola os professores, tem que pegar as universidades, tem que pegar todo mundo. Eu acho que está faltando, a sociedade se unir pra combater. Tem que ter assim a interação de todo mundo. Que só, a saúde sozinha faz muito, mas não consegue fazer o suficiente. Eu acho que precisa de outros parceiros, porque é um problema muito complexo e fica assim um jogo de empurra.

A visão ampliada do problema do dengue traz para o DSC aspectos que precisam ser discutidos em diversos setores e a necessidade de promover ações que envolvam, não só diversas áreas da saúde como também setores como educação, transportes, obras, meios de informação, entre muitos outros. Santos, Cabral e Augusto (2011) consideram que devem ser requeridos ações intersetorias específicas para cada contexto a ser trabalhado.

A metodologia Combi (PARKS; LLOYD, 2004) expressa a importância da intersetorialidade integrando ações de diversos setores públicos e privados, bem como organizações não governamentais e igrejas.

Sem a participação intersetorial não é possível o controle e a prevenção do dengue na atualidade (GUZMAN; KOURI, 2003).

7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MICRORREGIÃO DE DOURADOS

7.1 Apresentação do grupo de Agentes comunitários de saúde

Foram entrevistados 84 ACS, divididos em 11 grupos focais (GF), com média de 7 ACS por GF.

A média de idade foi de 37,4 anos entre os ACS, sendo a maioria (92,8%) do sexo feminino e 88,1% com segundo grau completo, sendo que destes, 22 (29,7%) já completaram ou estão terminando a graduação.

O tempo de atuação do ACS na ESF é, em média, de 1 a 5 anos (50%), sendo que 66,7% citaram já ter recebido algum treinamento específico para dengue. Note-se que estes treinamentos foram de média duração, com carga horária entre 40 e 72 horas, diferentes dos profissionais que relataram ter recebido treinamentos de curta duração, geralmente reuniões de 4 a 8 horas.

7.2 Similaridades dos discursos

Na análise dos grupos focais realizados com os ACS, foram evidenciadas representações similares às representações dos profissionais referentes a todas as questões colocadas no estudo.

Em relação às causas do dengue, apareceram as mesmas quatro IC já discutidas no capítulo anterior: a IC sobre diferentes formas de condutas de acordo com a situação socioeconômica da população foi citada apenas em três grupos focais (27,3%), já as outras IC foram citadas em mais de 70% dos grupos. Ainda nesta IC, os ACS expressaram um aspecto bastante singular e que os afeta particularmente: a dificuldade de cobrar da população atitudes adequadas para a prevenção e controle do dengue, já que esta cobrança pode prejudicar a relação estabelecida com as famílias.

Quanto às IC sobre a avaliação feita pelos ACS das campanhas de educação, nenhum aspecto novo foi observado, entretanto, a questão da produtividade só foi citada, sem maiores discussões, em um grupo focal e as ações sendo realizadas de forma individual e/ou em grupos específicos, não teve a mesma ênfase dada pelos profissionais.

Ao responderem sobre as consequências do dengue, foram apresentadas mais evidências individuais do que estruturais, sendo que em apenas 27,3% dos grupos focais foram discutidas questões como a estrutura dos serviços e sua rotina de trabalho.

Nas sugestões para melhoria do controle do dengue, a ênfase ficou no aspecto relacionado à fiscalização e punição (100%), sendo que a falta de informações atualizadas não foi item que preocupasse os ACS.

O estudo foi formatado para realizar as entrevistas e grupos focais por categoria profissional, com a hipótese de que as representações seriam diferentes para cada grupo. Entretanto, os discursos mostraram alta similaridade em relação à identificação das IC. Villas Boas (2004) explica que um dos motivos das representações serem sociais é porque pressupõem que é necessário dispor de um código que seja aceito pelo grupo. Levando-se em consideração o grupo de trabalhadores da ESF, as representações são deste grupo, heterogêneo em relação à formação profissional, mas homogêneo em relação à área e objetivos de atuação. Desta forma existe um código aceito pelo grupo de membros das equipes de ESF, mesmo sendo um grupo formado por diferentes profissionais e de diferentes níveis de formação e especialização.

Mesmo assim, surgiram ainda mais quatro IC nos grupos de ACS que serão discutidas a seguir.

7.3 Discursos do Sujeito Coletivo dos Agentes Comunitários de Saúde

7.3.1 Atividades realizadas

Atividades realizadas
Acho que a verdade é, nós estamos cansados, como agentes se vê assim pequenininho depois em ver as coisas acontecendo e você não pode resolver. Então, quer dizer, a gente procura fazer o trabalho da melhor forma, mais quando chega lá no final tá do mesmo jeito, só a gente não dá. Porque quando a gente começou a trabalhar a dois anos com o mutirão de coleta aí as pessoas se acomodaram, porque aí a gente passa limpa, orienta a pessoa e aí a pessoa sabe que todo ano a gente vai passar então eles tão aguardando. Eu acho que o mutirão de limpeza ficou pior, nosso trabalho tinha que ser só orientação mesmo ir lá e notificar. Eu acho que passa o caminhão todos os dias e não haveria necessidade desse mutirão. É porque junta o cansaço do corpo, o sol, a humilhação porque o dono da casa ficava olhando, tá lá o sol ardendo e você lá catando e o morador lá assistindo você catando. Sentimos mal, muito mal porque nós somos profissionais de saúde e não gari e mesmo assim o gari recolhe o lixo embaladinho da beira da calçada e nós não nós temos que ir lá e pegar às vezes até merda de cachorro e de humano tinha nos lixo. Eu acho incomodativo, nosso

trabalho é orientar não ficar revirando quintal catando latinha no quintal. E ainda assim fazendo a brincadeirinha e você tá tão assim que não tem nem resposta a altura pra dar. Nossa é uma humilhação imensa que você não tem noção, você se sente um lixo, um cachorro. Por exemplo, a FUNASA veio na minha área fazer mutirão e eu não to sabendo. Pode ser desencontro de informações, o maior interessado na minha área é o agente de saúde então eles deveriam falar. Chato não é? A instituição da saúde acaba perdendo credibilidade porque a pessoa chega pra mim e eu não to sabendo mais a pessoa tá lá na outra quadra. Li na internet a população cobrando da secretaria de saúde providencias, porque tava tendo muito caso. Ai eu mesmo fiquei indignada e mandei um recadinho pro pessoal falando que isso era mais da população porque o papel da saúde tá fazendo, o pessoal não tá vendo, que a nossa palavra não vale nada. Muitas vezes é assim...acontece até aqui dentro do PSF, eles acreditam na doutora, na enfermeira, no agente de saúde eles não acreditam. E olha assim é difícil porque depois as pessoas não te valorizam, porque se pelo menos depois você recebesse valorização, então é melhor você trabalhar na sua área naquilo que você tem que fazer do que num trabalho que não te dão valorização. É muito tempo perdido é muito trabalho jogado no lixo infelizmente. Esse mês já novembro, pelo menos nas minhas visitas toda casa eu já estou falando. Nós já estamos entrando no período crítico que não podemos descuidar porque se não corremos o risco de uma epidemia. Acho que são vários sentimentos num só, porque você sente que às vezes você tá batendo numa tecla que não funciona e o teu trabalho não tá sendo desenvolvido direito, porque o que se vê parece é que você não tá fazendo direito e não é sua a culpa entendeu? Porque você não tem como chegar no morador e impor que ele faça então fica complicado porque a gente se sente impotente diante disso é diante dos números crescerem e você não poder fazer nada. E daí sobra pra quem? Sobra tudo pros agentes de saúde e no nosso trabalho também é tudo misturado, tudo sobra pro agente. Mas eu gosto de fazer porque além de nos tá cuidando da nossa saúde nós estamos cuidando da saúde da população. E quando fala assim que na nossa cidade foi pouco os casos de dengue a gente se sente super feliz.

Os ACS exteriorizam neste DSC, sentimentos negativos em relação à sua atuação no controle do dengue. Entende algumas ações, como os mutirões de limpeza, como desvio de função, já que os resultados são irrelevantes. Conforme já discutido anteriormente, situações que colaboram na dificuldade de eliminar criadouros e, conseqüentemente, diminuir a ocorrência da doença, é que as ações sempre são formatadas em nível central, sem

participação comunitária, bem como utilizam abordagens técnicas inadequadas e sem convencimento do público-alvo (ZAMBRINI, 2011).

Vale ressaltar que a participação da comunidade no PNCD é uma participação passiva, definida por Toledo-Romaniet al. (2006) como resposta a instruções e metas estabelecidas pelo sistema de saúde. O ideal seria que a população fosse incorporada a todas as etapas, desde a identificação dos problemas até a avaliação das ações, propiciando assim maior responsabilização com o meio ambiente e sua própria condição de saúde.

Entretanto, entende-se que os ACS também deveriam participar ativamente no PNCD para que se sintam, mais que cumpridores de tarefas impostas pelos superiores, componentes essenciais na estratégia para atingir os objetivos do programa.

Observa-se neste discurso que os ACS sabem quais são as suas funções, por isso sentem-se indignados com inclusão de atividades de limpeza, mesmo que estas ocorram em períodos de maior risco de transmissão da doença. Mas, um aspecto impactante no discurso é a humilhação expressa pelos ACS por conta da postura passiva da população e da falta de valorização do seu trabalho entre a população e os outros membros da equipe. Eles se sentem diminuídos, não só como profissionais, mas também como pessoas, gerando cansaço físico e emocional, além da sensação de inutilidade.

Apesar de todos esses sentimentos negativos, as atividades são percebidas pelos ACS como importante, não só para a saúde da população, mas para o seu próprio bem-estar.

7.3.2 Experiência da doença

Experiência da doença
Quando eu peguei dengue fiquei muito mal mesmo não achava que a dengue era tão mal assim, as pessoas falavam de dengue para mim e eu mesmo divulgando trabalhando a gente vendo o pessoal aqui a gente sabe que a dengue é uma doença que baqueia deixa a pessoa só o pó mais aí meu marido teve, quando eu vi meu marido com 40 graus de febre e a gente dando medicação e não baixava a febre aí eu apavorei. Nós fomos fazer a campanha teve o arrastão, estava dando palestra pras crianças lá com o pessoal e fui picada e comecei a sentir e no outro dia eu amanheci ruim e já tive que parar porque Deus o livre. A gente pensa que não, mas só a gente sentindo na pele pra gente saber, dormia sentado porque não aguentava ficar deitado, nem sentado, de jeito nenhum, dói a cabeça, dói o corpo. Sem contar... o mais certo é que você vai ficar 15 dias, não tem paladar, boca amarga... é horrível. E é verdade

porque aí você limpa o seu quintal e tá tudo belezinha e você acaba pegando dengue por causa dos outros. Aí a gente começa a ficar mais observadora com as coisas, porque no meu caso eu sempre cuidei mais enquanto eu não ligava muito não tava muito aí. Eu tive dengue, fiz plaqueta num dia e fiz sorologia no outro pergunta se o resultado chegou? Nesse caso minha dengue foi notificada e não foi confirmada. Eu acredito que nós que estamos mais expostas a qualquer tipo de doença, eu posso muito bem cuidar do meu quintal bem cuidadinho, mas só na minha vizinha eu posso contrair a dengue.

Todas as categorias entrevistadas concordam que a população não acredita na ocorrência e na gravidade da doença, mas neste discurso dos ACS, observa-se que até entre eles é necessário passar pela experiência e sentir as consequências agudas do dengue para se ter a exata noção do problema. Neste DSC estão presentes representações atribuídas à população como o descrédito já citado e a culpabilização do outro que não limpa seu quintal e não faz a sua parte na prevenção do dengue.

7.3.3 Representações sobre o veneno

Representações sobre o veneno

Por que a epidemia de dengue aqui tava alta, eles passavam veneno de madrugada nem na casa não entra o veneno vai ficar só na rua, não vai entrar lá pro fundo onde que fica as coisas e porque eles não voltam fazer igual fazia de passar o veneno no quintal o morador saia um pouco e deixava porta e janela aberta. Mas adiantava porque o foco é no quintal, não tá dentro de casa. Cada vez vai ficando mais forte porque eles vem e passa o veneno e o próximo mosquitinho que vem ele já vem mais forte então não tá mais conseguindo combater, a gente tem informação que até o veneno já não é mais o mesmo que passou o ano passado.... Porque eles não aceita que o veneno é pior e a gente diz que não pode tá passando o veneno direto porque se não cria resistência, mas é que na verdade eles acham que o veneno é a solução e eles acham que o veneno mata o pernilongo da casa também, eles não querem entender que a solução é eles cuidarem do quintal e não você passar o veneno.

Diferentemente da representação da população sobre a aplicação de inseticida, os ACS entendem que existe planejamento das ações, ainda que não saibam qual a justificativa técnica sobre a forma de fazer estas aplicações e a sua periodicidade. Entendem também que o

veneno não é a solução para os problemas da endemia de dengue, enfatizando a necessidade de participação ativa da população no cuidado com o seu entorno.

7.3.4 Representações sobre as dificuldades na cobrança de atitudes da população

Dificuldades encontradas
Tem muita dificuldade no nosso trabalho para combater a dengue é a teimosia do povo também, a gente acaba batendo de frente com a pessoa porque a gente quer falar que é o mosquito e a pessoa teima que não é o mosquito. Temos que cuidar do que vai falar, não pode chegar botando ordem, procura não intimidar o morador, procura conversar mas não manda ele limpar logo de cara e nem chama de porco. E as vezes até na brincadeira na intimidade com o morador você pode ir brincando e falando a verdade pra ele ficar bravo com você. E na medida do possível você vai lidando daqui lidando dali porque se você chega com tudo mês que vem você apanha. Tem aqueles uns que são mais grosso, que as vezes não aceita o que a gente fala, então a gente tem que saber como fazer como atuar e a gente tá tentando o máximo que pode porque você vê que a gente eliminar foco não é fácil, porque às vezes tem quintais grandes, tem cachorro. Porque a gente passava pro agente que tava trabalhando na nossa área e ele ia lá. Eles recebiam melhor do que a gente, aceitavam melhor a bronca, porque eles têm mais autoridade que a gente. No mutirão nós fomos de dois em dois agentes eu entrava conversava e ela olhava o quintal. Acho que o principal é não desistir mais continuar o que a gente tá fazendo mais vai chegar uma hora que ou faz ou faz. Porque a gente tem um elo maior na questão da família vamos dizer assim eles escutam a gente fala. E esse negócio da multa tinha que ser com uma outro agente porque se for com a gente aqui que tá sempre na casa deles e você mexer no bolso vão pensar que você me multou então não entra mais na minha casa, então tinha que ter um pessoal só pra isso.

Os ACS temem que a abordagem realizada nas ações domiciliares relativas ao PNCD possam trazer resistências, ou, até mesmo barreiras na relação com a população. Esta resistência também foi sentida pelos profissionais em DSC específico (pagina 36), mas para os ACS isso pode tornar impeditivo o seu trabalho. Portanto, uma abordagem menos incisiva, utilizando o conhecimento das características familiares e individuais, faz com que a população aceite bem as orientações, ainda que muitas vezes, estas orientações não sejam incorporadas à rotina e se transformem em atitudes na família e na comunidade.

A diferenciação entre atitude e prática (apresentada no item 6.3.3) aplica-se a este DSC, sendo que o ACS acredita que se conseguir convencer a população, vai provocar atitude positiva e consequente mudança nas práticas em relação à prevenção do dengue.

A diferença de abordagem do ACS e do ACE é devido ao fato de que os primeiros têm, pela própria característica do seu trabalho, um vínculo maior com a população. E consequência disso, os ACS acreditam que fiscalização e punição devam ser feitas pelos ACE para não prejudicar a sua relação com a população, dificultando seu cotidiano profissional. Vale lembrar que o ACS tem metas mais amplas que o ACE, já que atuam em todas as áreas que envolvem a saúde da família e não só no controle de endemias como o dengue.

8 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DA MICRORREGIÃO DE DOURADOS

8.1 Apresentação do grupo usuários das Estratégias de Saúde da Família

Foram entrevistados em 38 usuários das UBSF, divididos em cinco grupos focais (GF), com média de 7,6 usuários por GF.

A média de idade foi de 57,2 anos entre os entrevistados da população, sendo 63,2% do sexo feminino e a maioria (65,8%) tem apenas o ensino fundamental incompleto, sendo que 08 (21,1%) são analfabetos.

8.2 Similaridades encontradas no discurso da população

Contrariando as expectativas iniciais deste estudo, a população mostrou-se bastante homogênea quando se tratava de culpar a própria população pela ocorrência do dengue na comunidade. Citou exaustivamente o descaso das pessoas com o próprio ambiente, a transferência de responsabilidades individuais para o poder público e o processo de conhecimento sem a referente tomada de atitude e prática preventiva. Em nenhum momento foram citados aspectos relacionados às consequências da doença para os serviços de saúde ou para a própria população, ainda que surgissem diversos relatos sobre a experiência da doença.

Todos os grupos discutiram e concordaram que a divulgação sobre dengue é boa, atingindo as pessoas e gerando conhecimento sobre causa, prevenção, cuidados e tratamentos do dengue, mas, como será apresentado na pagina 79, os grupos também acreditam que a propaganda já se tornou desnecessária e que os recursos utilizados nas campanhas poderiam ser melhor investindo em borrifações mais frequentes nos bairros.

Em relação às sugestões apresentadas, ficaram restritas à necessidade de fiscalização realizada pelo poder público, tanto nas residências como em indústrias urbanas e terrenos baldios, com ênfase para os prédios e terrenos públicos. Em alguns grupos foi citada a importância de investimento na educação de crianças e adolescentes, pautados na mesma premissa apresentada pelos profissionais e ACS.

8.3 Discursos do Sujeito Coletivo dos usuários das Estratégias de Saúde da Família

8.3.1 Representações sobre o vetor e o veneno.

Descrédito no mosquito como vetor

E a epidemia da dengue agora eu to observando que não tem verão, primavera inverno ela tá direto, e passa veneno e não resolve. Por isso que eu acho que é virose não pode ser mosquito. Pernilongo da dengue matando gente, aonde já se viu pernilongo mata pessoa, na minha época nunca vi isso aí não. E quando dá, dá em todo mundo fica internado quase todo mundo, tem que descobri o que realmente tá causando isso aí se é o mosquito da dengue mesmo o que é, tinha que descobri o que é se é o mosquito da dengue ou se é um outro inseto que tá causando junto com ele a mesma coisa da dengue. Eu acho assim que é o mesmo da malária só mudaram o nome pra dengue que futuramente isso aí pode virar uma coisa sem cura e a população, quando fala na televisão não vai diminuir vai aumentar vai virar um transtorno porque é um problema é muita gente. .

Ainda que tenha demonstrado conhecimento sobre o vetor, a doença e as formas de prevenção, persiste a dúvida sobre se o mosquito é mesmo o causador do dengue.

O DSC mostra a confusão que os entrevistados fazem entre vetor e agente etiológico do dengue. Ainda que consigam visualizar o vetor, não conseguem entender como um inseto, com dimensões tão reduzidas, pode causar tantos danos ao organismo humano. Como o agente etiológico deve ficar no campo do pensamento abstrato, a população acaba associando o dengue com a experiência conhecida da maioria dos entrevistados, a malária. São muitas informações novas que não conseguem acompanhar e entender o significado, ainda que sintam os efeitos e as complicações da doença. Este aspecto também foi citado pelos profissionais e discutido no DSC sobre descrédito na ocorrência e na gravidade da doença.

Eficácia do veneno

Agora eu vou fala uma coisa no tempos atrás, passava aquele caminhãozinho com aquele veneno forte, forte eu abria tudo a minha casa depois que o caminhãozinho passava eu fechava pra abafar, olha tinha dengue mais não era igual agora. É tinha que passar de novo né, esses dias eu acordei com o barulho do caminhãozinho mas parece uma água é tão

fraquinho nem cheiro não tem. O certo mesmo é eles passa mais veneno meio seguido eles passa um pouco agora igual já falou aquela aguinha e demora passa de novo e aquilo ali já criou de novo. Teve uma época aqui tava cheinho de pernilongo, agora não sei que tipo, mas diz que eles já tavam tão resistente que o veneno já não tava matando.

Apesar de tanta informação disponível sobre o dengue, a evolução tecnológica dos inseticidas utilizados no combate ao vetor não são acessíveis à população. Foram entrevistados pessoas da comunidade com média de idade de 57,2 anos, sendo que muitos deles tinham mais de 70 anos. Isso trouxe para o discurso muitas experiências anteriores. Mas tanto as experiências passadas como as atividades vivenciadas no presente, são empíricas, sem nenhuma fundamentação científica, mesmo que traduzida para a linguagem leiga. Por isso o foco na sensação de que o veneno anteriormente usado era mais “forte”, e portanto, fazia mais efeito.

Além deste aspecto, tem ainda o fato de que a frequência das borrifações diminuiu, sendo esta redução atribuída ao uso inadequado de verbas públicas e não às características intrínsecas do modo de ação do produto utilizado.

8.3.2 Representações sobre o setor público.

Responsabilidade da administração pública

Pode ver em Dourados em todo lugar tá cheio de gente pobre doente morrendo por quê? Porque os nossos governos come o nosso dinheiro e eu soffro todo mundo sofre e fica aí essa epidemia igual eu falei o baixa renda deixa que morra. Eu acho que se passa mais veneno esses mosquito vai acabar. Eu acho que esse prefeito tinha que cuidar era mais do município dele, porque dinheiro vem verba vem e nós fica assim sem atendimento médico sem saúde sem nada, a sorte é os veneno de dengue que passa por ai, por que se não... E passar mesmo seguido, porque agora eles passa e demora um pouco, mais se passa seguido quero ver se esse bichinho não vai morrer. E na rua também têm aqueles buraquinhos que ajunta água. O que que vale falar isso falar aquilo sendo que não tá cuidando direito da rua, né. A rua é o principal, né. Então tem uns vizinho meu lá índio tudo gente boa cada um cuida das suas coisinhas, mas as coisas públicas tá tudo abandonada, propriedades municipais estaduais quem é que vai cuidar? é praça, prédio tudo abandonado e eles investindo em propaganda. Eu sou contra a administração é muito mal administrado é colégio é qualquer órgão público

muito mal organizado, então como que quer multa o vizinho? Multar eu até concordo mais eles que tem que dar o exemplo o que gasta com a saúde o que gasta com a saúde? E fala em termos de colégio você sabe onde eu moro o mato tava de uma altura que fazia tempo que não dava uma roçada e cheio de pneu e eles mesmo jogava pneu lá e não se preocupava em limpar e ainda faz arrastão mais acho que tinha que começar na casa deles você vê tava com quase quatro metros de altura e quer colocar ordem como? A dengue é um verdadeiro abandono, é um descaso. E outra... outro descaso a respeito à água da Sanesul. Tem vez que é noventa dias jogando água. Ali não cria dengue? Será que cria dengue só lá dentro de casa nos nossos quintal? A donde se fala depósito da prefeitura é o maior abandono total o que aconteceu com o Douradão a poucos dias levaram não sei quantos mil pneu pro Douradão um lugar onde não sei quantas crianças podia treinar e ali não dá inseto será? Vocês precisa ver que abandono que tá aquilo lá tem água em tudo quanto é lugar. Tenho conhecidos que pegô dengue, acho que a gente pegou dengue lá no PAM. Porque nos fomos num velório lá no PAM, passamos a noite num velório lá no PAM e em seguida muitos pessoas que tava ali no PAM ficou doente.

Como explicitado no DSC sobre a eficácia do veneno, o governo é responsável pela correta distribuição dos recursos públicos, mas não o faz adequadamente e se torna o principal causador de condições propícias para o desenvolvimento de criadores do vetor, e, consequentemente, da ocorrência da doença na população.

São citadas falhas na prevenção (precisa passar mais veneno) e na assistência ao doente (sem atendimento médico). Observa-se percepção reduzida das ações de prevenção e tratamento, dada pelo senso comum referente ao conceito de saúde.

Também já discutido no DSC dos profissionais sobre qualidade dos serviços, a população vê que a administração pública deve servir de exemplo, mas, no caso do dengue está servindo de mau exemplo na falta de conservação das vias públicas, abandono de propriedades municipais, falta de manutenção em escolas e prédios como o estádio municipal e o próprio prédio do posto de assistência médica (PAM).

Observa-se ainda o desconhecimento, por parte da população, dos mecanismos de alocação de recursos públicos para as diversas ações do PNCD.

Propaganda como gasto desnecessário

Olha eu vou falar pra senhora a meu ver no meu ponto de vista essa propaganda não resolve nada porque eles tão gastando dinheiro que eles poderiam investir em outra coisa. Fica só na propaganda, propaganda e propaganda e não resolve o problema porque cada minuto de propaganda na televisão é bem caro e esse dinheiro podia aproveitar pra comprar mais veneno e passar, pegar esse dinheiro que é da propaganda e investir em veneno pra passar pro povo. É dinheiro jogado fora, precisa de arrumar pessoas que fazem palestras, comunicação direta é melhor. É que nem na propaganda, por que tem gente na propaganda? Não precisava ter propaganda, propaganda já foi feita.
--

O DSC acima corrobora os resultados de Toledo-Romaniet al. (2006) onde os entrevistados identificaram como desnecessárias várias ações realizadas pelo programa. Entretanto, existe consenso de que são necessários esforços integrados que incorporem todos os elementos associados à ocorrência do dengue, de forma que se possa diminuir os fracassos elencados por Barreto et al. (2011) ocorridos no PNCD. É importante ressaltar que esses autores enfatizam a importância da incorporação efetiva da mobilização e educação popular para o sucesso do programa.

Zambrini (2011) também afirma que a comunicação deve ser contínua para modelar práticas e condutas, assim, entende-se a propaganda como um investimento necessário, importante e que deve ser mantido, mas atualizado constantemente. Esta atualização é essencial para que a população se mantenha atenta.

Uma ação que parece falha e que perpassa diversos DSC é a falta de retorno de informações para a população. A propaganda é sempre voltada para sinais, sintomas e tratamento do dengue, mas não dá ênfase para dados atualizados que deem conta da situação, em tempo real, da ocorrência da doença, tanto em nível central quanto local. Assim, aumentar a frequência da aplicação de inseticidas e de atividades diretas (palestras), parece mais importante do que investir em mais propagandas sobre situações já conhecidas pela população.

Observa-se que a população percebe a presença constante da propaganda sobre dengue no seu cotidiano, mas não consegue perceber outras ações previstas no PNCD e que se encontram implantadas na maioria dos municípios.

9 CONCLUSÕES

As representações sociais do dengue, entre os grupos estudados, se mostraram muito próximas, apresentando similaridades em muitas IC, especialmente na culpabilização da população que não cuida do seu entorno. O lixo acumulado, seja nos quintais, seja na rua ou nos terrenos baldios, foi o local de criadouros mais citado por todos os grupos entrevistados, evidenciando uma representação bastante forte de que lixo acumulado é o que realmente causa a dengue e que esta acumulação é causada por descuido da população com o próprio entorno. Contrariando a hipótese inicial, a população também referiu esta como a causa principal da ocorrência constante do dengue nos municípios da microrregião abrangida por este estudo, não dando ênfase à responsabilidade do serviço público, mas o colocando como coadjuvante na manutenção dos criadouros.

Os DSC trouxeram à tona aspectos importantes que precisam ser melhorados para que ações de prevenção e o controle do dengue sejam efetivas, mas todos estão contemplados na Estratégia de Gestão Integrada do Dengue (EGI-Dengue). Relatos preliminares mostram que não se conseguiu integrar todos os componentes da EGI-Dengue, quais sejam: vigilância epidemiológica, entomologia, meio ambiente, laboratório, atenção ao paciente e comunicação social (SAN MARTIN; BRATHWAITE-DICK, 2007). Os discursos desta pesquisa apontam principalmente para os dois últimos componentes, aqueles que mais se apresentam como problemas para a população.

Todos esses componentes são perpassados pela necessidade de capacitação profissional, que, segundo Torres (2006) deve ter como objetivos melhorar o diagnóstico clínico, aplicar classificação clínica sensível e dinâmica e melhorar o tratamento dos pacientes de forma a prevenir e tratar precocemente as complicações e evitar tratamentos desnecessários. Mas é necessário que estas capacitações envolvam ainda conceitos sobre relações humanas e determinantes sociais das causas e consequências do dengue.

As campanhas educativas têm qualidade e são confiáveis, mas foram levantadas algumas deficiências, já que são ações sazonais como se a doença ainda fosse epidêmica e mantêm o foco nas informações sobre formas de prevenção e tratamento. Sugestões apresentadas pelos entrevistados apontam que as campanhas e atividades educativas devem ser mais impactantes, com mensagens mostrando o potencial do dengue deixar sequelas e causar altas taxas de mortalidade proporcional. A necessidade de ações realizadas durante todo ano relaciona-se ao fato de que os entrevistados também observaram que a população

conhece bem todos os aspectos da doença, entretanto não incorporam as condutas preventivas no seu cotidiano.

Como consequência, evidencia-se a falta de estrutura dos serviços para atender a demanda, afetando a rotina das unidades de saúde e da população. Soma-se a isso a transferência de responsabilidades da população para o serviço público, que não consegue responder adequadamente.

Assim, são necessários esforços integrados que incorporem mobilização, educação e meio ambiente (BARRETO et al., 2011), bem como ações voltadas para haja melhoria da qualidade dos serviços de atenção básica e especializada na assistência ao paciente, investimentos em capacitação profissional e na educação de crianças e adolescentes, mecanismos e metodologias para integrar a população com os profissionais de saúde, bem como aplicação de leis punitivas já existentes. Todas essas ações com o objetivo de mudar condutas e mantê-las em longo prazo.

REFERÊNCIAS

- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. Cadernos de Pesquisa, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002.
- BAGLINI, V.; FAVARO, E. A.; CHIARAVALLLOTI NETO, F.; MONDINI, A.; DIBO, M. R.; BARBOSA, A. A. C.; FERRAZ, A. A.; CESARINO, M. B. O programa de controle do dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para atuação dos agentes e adesão da população. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1656-64, jul. 2007.
- BARRETO, M. L.; TEIXEIRA, M. G.; BASTOS, F. I.; XIMENES, R. A. A.; BARATA, R. B.; RODRIGUES, L. C. Sucessos e fracassos no controle de doenças infecciosas no Brasil: o contexto social e ambiental, políticas, intervenções e necessidades de pesquisa. The Lancet. Saúde no Brasil, Londres, p. 47-60, maio 2011. Disponível em <www.thelancet.com> Acesso em: 18 maio 2011.
- BENÍTEZ-LEITE, S.; MACHI, M. L.; GIBERT, E.; RIVAROLA, K. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del dengue em unbárrio de Asunción. Revista Chilena de Pediatría, Santiago, v. 73, n. 1, p. 64-72, 2002.
- BOFF, L. Saber cuidar. Ética do humano – compaixão pela terra. 5 ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
- BOSI, M. L. G.; AFFONSO, K. C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra os usuários da rede pública de serviços. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 355-65, abr./jun. 1998.
- BRAGA, I. A.; VALLE, D. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-18, 2007.
- BRAGA, I. L. Avaliação da efetividade da utilização da metodologia Communication and markeing integrad for behavoiour impact – COMBI para o controle do dengue em duas localidades do Brasil. 2008.166f. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde. Universidade de Brasília, Brasília, 2008.
- BRASSOLATTI, R. C.; ANDRADE, C. F. S. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 243-51, 2002.
- BYDŁOWSKI, C. R.; LEFÈVRE, A. M. C.; PEREIRA, I. M. T. B. Promoção da saúde e a formação cidadã: a percepção do professor sobre cidadania. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1771-80, 2011.
- CARDOSO, A. S.; NASCIMENTO, M. C. Comunicação no Programa de Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. supl. 1, p. 1509-20, 2010.

CASTRO, M.; PÉREZ, D.; PÉREZ, K.; POLO, V.; LÓPES, M.; SÁNCHEZ, L. Contextualización de uma estratégia comunitária integrada para la prevención del dengue. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, Habana, v. 60, n. 1, p. 83-91, ene./abr. 2008.

COSTA, W. A.; ALMEIDA, A. M. O. Teoria das representações sociais: uma abordagem alternativa para se compreender o comportamento cotidiano dos indivíduos e dos grupos sociais. *Revista de Educação Pública*, v. 7 n. 13, p. 250-80, jun./dez. 1999. Disponível em <<http://ie.ufmt.br/revista>>. Acesso em: 23 maio 2011

CUNHA, R. V. Aspectos clínicos e epidemiológicos da infecção pelos vírus dengue em áreas endêmicas do Brasil. 1997. 124f. Tese (Doutorado em Medicina Tropical) - Departamento de Medicina Tropical, Instituto Oswaldo Cruz, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

CUNHA, R. V.; NOGUEIRA, R. M. R. Dengue e dengue hemorrágico. In: COURA, J. R. (Org.). *Dinâmica das doenças infecciosas e parasitárias*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. cap. 151, p. 1767-1781.

CUNHA, S. P.; ALVES, J. R. C.; LIMA, M. M.; DUARTE, J. R.; BARROS, L. C. V. L. SILVA, J. L.; GAMMARO, A. T.; MONTEIRO FILHO, O. S.; WANZELER, A. R. Presença do *Aedes aegypti* em Bromeliaceae e depósitos com plantas no município do Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, p. 244-5, 2002.

D'AGORD, M. A negação e a lógica do sujeito. *Ágora*, Rio de Janeiro, v. IX, n. 2, p. 241-258, jul./dez. 2006.

DE MASI, D. *Diálogos criativos*. Rio de Janeiro: Sextante, 2008.

DIAS, C. A. Grupo Focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. *Revista Informação e Sociedade: Estudos*, João Pessoa, v. 10, n. 2, p. 1-12, 2000.

DONALÍSIO, M. R.; ALVES, J. J. C. P.; VISOCKAS, A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão do dengue – região de Campinas, São Paulo, Brasil, 1998. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Uberlândia, v. 34, n. 3, p. 197-201, 2001.

DONALÍSIO, M. R.; GLASSER, C. Vigilância entomológica e controle de vetores do dengue. *Revista Brasileira de Entomologia*, São Paulo, v. 5, n. 3, p. 259-272, 2002.

DRIESSNACK, M.; SOUZA, V. D.; MENDES, I. A. C. Revisão dos desenhos de pesquisa relevantes para enfermagem: parte 2: desenhos de pesquisa qualitativa. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 4, p. 684-88, jul-ago, 2007.

DUARTE, S. J. H., MAMEDE, M. V., ANDRADE, S. M. O. Opções teórico-metodológicas em pesquisas qualitativas: representações sócias e discurso do sujeito coletivo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 620-6, 2008.

FARIAS, P. L. Semiótica e cognição: os conceitos de hábito e mudança de hábito em CS. Pierce. *Revista Eletrônica Informação e Cognição*, v. 1, n. 1, p. 12-16, 1999.

FARR, R. M. Representações sociais: a teoria e sua história. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.). Textos em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 31-59.

FERREIRA, F. S. Educação em saúde no controle do dengue no Brasil, 1998 a 2004: reflexões sobre a produção científica. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2006.

FIGUEIRÓ, A. C.; SÓTER, A. P.; BRAGA, C.; HARTZ, Z. M. A; SAMICO, I. Análise lógica de intervenção do Programa Nacional de Controle do dengue. Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil, Recife, v. 10, n. supl.1, p. S93-S106, nov. 2010.

FLAUZINO, R. F.; SOUZA-SANTOS, R. Indicadores socioambientais para vigilância do dengue em nível local. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 225-40, 2011.

FONTANELA, B. J. B; CAMPOS, C. J. G; TURATO, E. R. Coleta de dados na pesquisa clínico-qualitativa: uso de entrevistas não-dirigidas de questões abertas por profissionais da saúde. Revista Latino Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, set./out. 2006. Disponível em: <www.eerp.usp.br/rlae> Acesso em: 25 jan. 2009.

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

FORATTINI, O. P. Culicidologia médica. São Paulo: EDUSP, 2002.

FRASER, M. T. D.; GONDIN, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. Paidéia, v. 14, n. 28, p. 139-52, 2004.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão? Psicologia: teoria e pesquisa, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 201-10, 2006.

GUZMÁN, M. G.; KOURI, G. Dengue and dengue hemorrhagic fever in the Americas: lessons and challenges. Journal of Clinical Virology, v. 27, n. 1. p. 1-13, 2003.

GUZMÁN, M. G.; GARCÍA, G.; KOURI, G. El dengue y el dengue hemorrágico: prioridades de investigación. Revista Panamericana de Salud Publica, Washington, v. 19, n. 3, p. 204-15, 2006.

JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: GUARESCHI, P. A; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) Textos em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 63-85.

JOVCHELOVITCH, S. Psicologia social, saber, comunidade e cultura. Psicologia e Sociedade, v. 16, n. 2, p. 20-31, maio/ago. 2004.

LARAIA, R. B. Cultura: um conceito antropológico. 21 ed. Rio de Janeiro: Zahar, 2007.

LANE, S. T. M. A dialética da subjetividade versus objetividade. In: FURTADO, O.; REIS, G. F. I. (Org.) Por uma epistemologia da subjetividade: um debate entre a teoria sócio-histórica e a teoria das representações sociais. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber, 2005.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C., SCANDAR, S. A. S., YASSUMARO, S. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor do dengue. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 38, n. 3, p. 405-14, 2004.

LEFÈVRE, A. M. C.; RIBEIRO, A. F.; MARQUES, G. R. A. M.; SERPA, L. L. N.; LEFÈVRE, F. 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, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1696-1706, jul. 2007.

LEFÈVRE, F., LEFÈVRE, A. M. C., MARQUES, M. C. C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n.4, p. 1193-1204, 2009.

MARCON, S. S.; OLIVEIRA, R. G. Trabalhar com famílias no Programa de Saúde da Família: a prática do enfermeiro em Maringá-Paraná. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 41, n. 1, p. 65-72, 2007.

MARTINS, P. C.; COTTA, R. M. M.; MENDES, F. F.; PRIORE, S. E.; FRANCESCHINI, S. C. C.; CAZAL, M. M.; BATISTA, R. S. De quem é o SUS? Sobre as representações sociais dos usuários do Programa Saúde da Família. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1933-42, 2011.

MARZOCHI, K. G. F. Dengue endêmico: desafio das estratégias de vigilância. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Uberaba, v. 37, n. 5, p. 413-15, 2004.

MATO GROSSO DO SUL, Governo do Estado. Manual para agentes do PNCD – EACS/ESF na estratégia do território compartilhado (zoneamento). Campo Grande: 2009.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-62, jul./set. 1993.

MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. A.; JOVCHELOVITCH, S. (Org.) Textos em representações sociais. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 89-111.

MINAYO, M. C. S., ASSIS, S. G., SOUZA, E. R. (Org.) Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional de Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Normas de pesquisa envolvendo seres humanos – Resolução 196/96. Informe Epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, supl. 3, p. 13-30, abr./jun. 1996.

_____. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. A sociedade contra o dengue. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Agentes comunitários de saúde, equipes de saúde da família e equipes de saúde bucal em atuação. Competência junho/2004, 2004. Disponível em: <http://www.portal.saude.gov.br/saude/arquivos/pdf/planilha_agosto_2004.pdf> Acesso em: 10 set. 2004.

_____. Prioridades de pesquisa em saúde. 2007. Disponível em http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Pesquisa_Saude/tela7_2.html. Acesso em: 11 set 2007.

_____. Dengue: decifra-me ou devoro-te. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 1 CD Rom : Il.

_____. Evolução da cobertura populacional da Estratégia da Saúde da Família, 2011. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>> Acesso em: 08 maio 2011.

MOSCOVICI, S. A representação social da psicanálise. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

NOGUEIRA, R. M. R.; MIAGOSTOVICH, M. P.; SCHATZMAYR, H. G. Molecular epidemiology of dengue viruses in Brazil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 2005-11, 2000.

OLIVEIRA, D. C.; SÁ, C. P. Representações sociais da saúde e doença e implicações para o cuidar em enfermagem: uma análise estrutural. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 54, n. 4, p. 608-622, out./dez. 2001.

PARKS, W.; LLOYD, L. Planificación de la movilización y comunicación social para la prevención y el control del dengue: guía paso a paso. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2004.

PAVIANI, M. N. S. Linguagem e práticas culturais. Caxias do Sul: Educs, 2006.

PENNA, M. L. F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 305-9, 2003.

PITA FERNÁNDEZ, S.; PÉTEGAS DÍAZ, S. Investigación cuantitativa e cualitativa. Caderno Atención Primaria, Curuña, v. 9, n. 1 -4, p. 76-8, 2002.

- PORTELA, G. Z.; RIBEIRO, J. M. A sustentabilidade econômico-financeira da Estratégia Saúde da Família em municípios de grande porte. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1719-32, 2011.
- PUGGINA, A. C. G.; SILVA, M. J. P. A alteridade nas relações de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, , v. 5, n. 58, p. 373-9, 2005.
- QUERALES, J. Dengue: características clínicas y prevención. *Gaceta Médica de Caracas*, Caracas, n. 110, v. 3, p. 328-323, jul. 2002.
- REIS, C. B., ANDRADE, S. M. O. Representações sociais das enfermeiras sobre a integralidade na assistência à saúde da mulher na rede básica. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro; v. 13, n. 1, p. 61-70, 2008
- REGO, R. C. F.; BARRETO, M. L.; KILLINGER, C. L. O que é lixo afinal? Como pensam mulheres residentes na periferia de um grande centro urbano. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1583-92, nov./dez. 2002.
- RIBEIRO, A. F. Crença, responsabilidade e comunicação sobre o dengue em Aparecida, SP: um estudo de representações sociais. 2008. 116p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública)-Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.
- RIGAU-PÉREZ, J. G.; CLARK, G. G. Como responder a uma epidemia de dengue: visín global y experiência em Puerto Rico. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 17, n. 4, p. 282-93, 2005.
- RODHAIN, F.; ROSEN, L. Mosquito vector and dengue vírus-vector relationships. In GUBLE, D. J.; KUNO, G. (Editors). *Dengue and dengue hemorrhagic fever*. New York: CAB International, 1997. p. 45-60.
- SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.
- SADALA, M. L. A. A alteridade: o outro como critério. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 33, n. 4, p. 355-7, 1999.
- SAKATA, K. N.; ALMEIDA, M. C. P.; ALVARENGA, A. M.; CRACO, P. F.; PEREIRA, M. J. B. Concepções da equipe de saúde da família sobre visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 6, p. 659-64, nov./dez. 2007.
- SAN MARTÍN, J. L; BRATHWAITE-DICK, O. La estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue em la región de las Américas. *Revista Panamericana de Salud Publica*, v. 21, n. 1, p. 55-63, 2007.
- SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimentos, atitudes e práticas sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1319-30, 2011.
- SCHECHTER, M.; MARANGONI, D. V. Doenças infecciosas: conduta diagnóstica e terapêutica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

SOARES, T. C.; CZERESNIA, D. Biologia, subjetividade e alteridade. *Interface Comunicação Saúde Educação*, Botucatu, v. 15, n. 36, p. 53-63, jan./mar. 2011.

SOUZA, E. C. Negação e diferença em Platão. *Transformação Formação Ação*, Marília, v. 33, n. 1, p. 1-18, 2010.

SPINK, M. J. P. Representações sociais: questionando o estado da arte. *Psicologia e Sociedade*, São Paulo, v. 2, n. 8, p. 166-186, jul./dez. 1996.

TEIXEIRA, C. SUS e a vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2003.

TEIXEIRA, C. F.; PINTO, L. L.; VILASBOAS, A. L. O processo de trabalho da vigilância em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2003.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 49-61, 2001.

TOLEDO-ROMANI, M. E.; BALY-GIL, A.; CEBALLOS-URSULA, E.; BOELAERT, M.; STUYFT, P. V. Participación comunitária em La prevención del dengue: um abordaje desde la perspectiva de los diferentes actores sociales. *Salud Publica de Mexico*, Ciudad del Mexico, v. 48, n. 1, p. 39-44, ene./feb. 2006.

TORRES, E. M. Dengue. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TORRES, E. M. La prevención de La mortalidade por dengue: um espacio y um reto para La atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Publica*, Washington, v. 20, n. 1, p. 60-74, 2006.

TRAD, L. A. B. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas em experiências com o uso da técnica em pesquisa de saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 777-96, 2009.

TRAD, L. A. B.; ROCHA, A. A. R. M. Condições e processos de trabalho no cotidiano do Programa de Saúde da Família: coerência com princípios da humanização em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 1969-80, 2011.

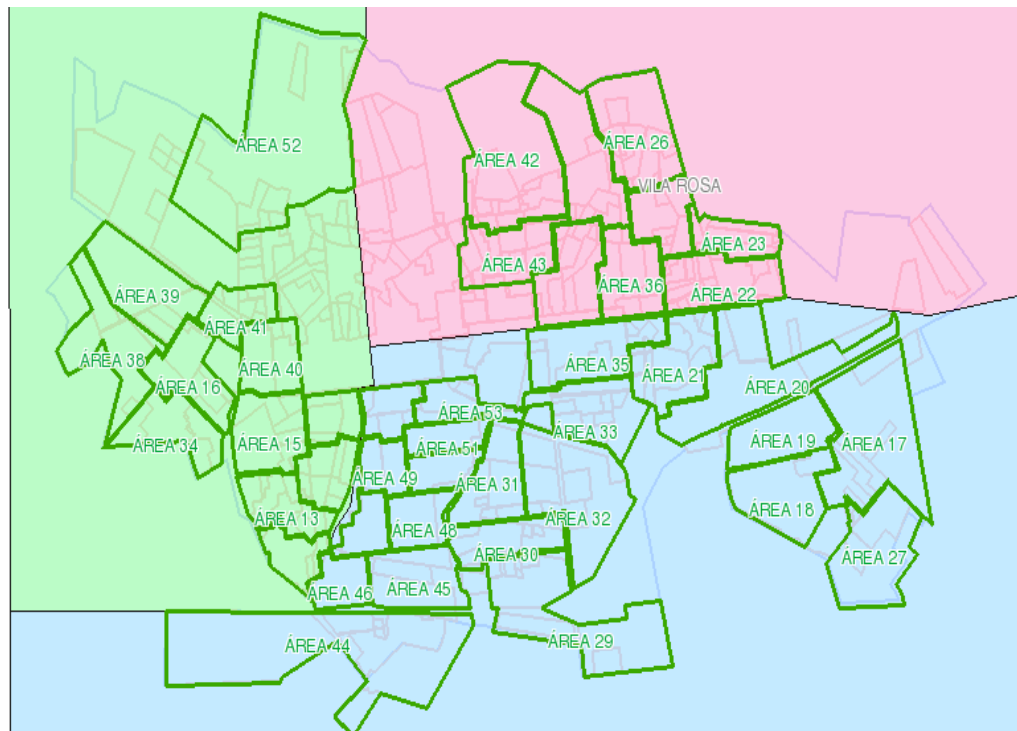
TURATO, E. R. Introdução à metodologia da pesquisa clínico-qualitativa – definições e principais características. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, Porto, v. 2, n. 1, p. 93-108, 2000.

_____. Métodos qualitativos e quantitativos na área de saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 507-14, 2005.

VILAS BÔAS, L. P. S. Teoria das representações sociais e o conceito de emoção: diálogos possíveis entre Serge Moscovici e Humberto Maturana. *Psicologia da Educação*, São Paulo, v. 19, p. 143-66, 2004.

ZAMBRINI, D. A. B. Lecciones desatendidas entorno de La epidemia de dengue em Argentina, 2009. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 428-31, 2011.

ANEXO A – MAPA DO MUNICÍPIO DE DOURADOS DIVIDIDO POR NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA (NASF)



Área Urbana de Dourados/MS – distribuição das áreas cobertas pela estratégia de saúde da família, divididas por Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF).

Legenda:

Verde – NASF 1 – Seleta

Azul – NASF 2 – Santo André

Rosa – NASF 3 – Vila Rosa

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Dourados/MS

ANEXO B – CARTA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISAS COM SERES HUMANOS



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 1429 da Pesquisadora Cássia Barbosa Reis intitulado “Representações sociais de profissionais e usuários de Unidades de Saúde da Família sobre a dengue na micro-região de Dourados-MS”, e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião ordinária no dia 04 de junho de 2009, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos

Coordenador em exercício do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 04 de junho de 2009.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/bioetica/cep/>
bioetica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

APÊNDICE A –TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa. Você precisa decidir se quer participar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que você tiver.

Este estudo está sendo conduzido pela enfermeira Cássia Barbosa Reis e faz parte do Curso de Doutorado em Doenças Infecciosas da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, tendo como objetivo identificar a percepção do profissional e do usuários, sobre o dengue.

Se você concordar em participar do estudo, seu nome e identidade serão mantidos em sigilo, embora a entrevista seja gravada.

Caso tenha dúvidas ou deseje esclarecimentos, entre em contato com Cássia no telefone (67) 9977-9245

Sua participação é voluntária. Você pode escolher não fazer parte do estudo ou pode desistir a qualquer momento. Você receberá uma via assinada deste termo de consentimento.

Por participar da pesquisa você não obterá qualquer benefício direto, mas espera-se que a partir dos achados da pesquisa possamos diminuir a ocorrência do dengue.

Conto com a sua colaboração.

Declaro que li e entendi este formulário de consentimento, todas as minhas dúvidas foram esclarecidas e concordo em tomar parte neste estudo.

Local: _____ Data: ____/____/____

Assinatura do voluntário(a)

Assinatura da pesquisadora

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PSF

1. Leitura e assinatura no TCLE
2. Coleta de dados de identificação:
 - a. Idade
 - b. Ano de graduação
 - c. Tempo de atuação na rede básica
 - d. Tempo de atuação no local atual
 - e. Especialização
 - f. Capacitação específica.
3. Questão norteadora:
 - a. Sabemos que a incidência do dengue depende de muitas variáveis, sejam biológicas, ambientais e/ou climáticas, e sociais. Como você vê as causas da ocorrência do dengue no município nos períodos de epidemia e inter-epidêmicos?
4. Pontuar:
 - a. Como agir para mudar a situação
 - b. Papel da educação em saúde
 - c. Responsabilidade dos profissionais
 - d. Casos presentes mesmo com campanhas intensivas

APÊNDICE C – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM ACS

1. Leitura e assinatura no TCLE
2. Coleta de dados de identificação:

Idade							
Sexo							
Escolaridade							
Tempo de trabalho no PSF							
Capacitação específica.							
Já teve dengue ou alguém da família já teve? Quem?							

Questão norteadora:

- a. Sabemos que o dengue depende de muitas variáveis, sejam biológicas, ambientais e/ou climáticas, e sociais. Como você vê as causas da ocorrência do dengue nos períodos de epidemia e inter-epidêmicos?
3. Como é para você viver a situação que você apresentou?
 4. Como se poderia agir para mudar esta situação?

APÊNDICE D – ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL COM USUÁRIOS CADASTRADOS NO PSF

1. Leitura e assinatura no TCLE
2. Coleta de dados de identificação:

Idade							
Sexo							
Escolaridade							
Tempo de moradia na área do PSF							
Tempo que utiliza os serviços do PSF							
Já teve dengue ou alguém da família já teve? Quem?							

Questão norteadora:

3. Sabemos que o dengue depende de muitas variáveis, sejam biológicas, ambientais e/ou climáticas, e sociais. Como você vê as causas da ocorrência do dengue nos períodos de epidemia e inter-epidêmicos?
4. Como é para você viver a situação que você apresentou?
5. Como se poderia agir para mudar esta situação?