

PERCEPÇÃO SOBRE O CONTROLE DA DENGUE: UMA ANÁLISE A PARTIR DO DISCURSO COLETIVO

DENGUE CONTROL PERCEPTION: AN ANALYSIS OF COLLECTIVE DISCOURSE

Solange Laurentino dos SANTOS¹

Mircia Betânia COSTA E SILVA²

Ana Catarina dos Santos Pereira CABRAL³

Glaciene Mary da Silva GONÇALVES⁴

Lia Giraldo da Silva AUGUSTO⁵

RESUMO

Este artigo analisa a problemática de controle de dengue a partir da percepção dos atores sociais sobre a sua determinação e as medidas de controle adotadas. Adotou-se uma pesquisa qualitativa que utilizou a entrevista aos gestores do programa municipal, cuja análise do conteúdo se fez pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os resultados mostram que os gestores do programa, apesar de terem a compreensão de que os condicionantes socio-sanitários e de condições de vida influenciam na manutenção da transmissão da doença e de possuírem domínio técnico das ações do Programa Municipal, consideram a passividade da população como uma questão negativa que influencia no resultado do trabalho dos agentes de saúde. As ações devem ser planejadas de forma compartilhada entre os atores sociais, gestores, técnicos e usuários, e adequadas às reais necessidades locais, como forma de proporcionar mais poder nos territórios.

Palavras-chave: Dengue; Prevenção e Controle; Avaliação de Programas; Percepção social.

ABSTRACT

This article analyses the national Dengue Control Program from the standpoint of perceptions of managers regarding transmission, causes, and means of control adopted in a municipality in the Brazilian Northeast. Using a qualitative methodology, Collective Subject Discourse, we interviewed municipal program managers, identifying key phrases that anchor and synthesize their discourse. The results show that program managers, despite their abstract understanding of the socio-sanitary and lifestyle conditions influencing dengue transmission, and despite possessing all the techniques of the Municipal Program, still consider the population's passivity as the main problem in the success of community health agents. Our analysis concludes that control actions should be planned with a division of labor between population, managers,

¹ Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: solange.lsanatos@ufpe.br

² Departamento de Medicina Social da Universidade Federal de Pernambuco. E-mail: mirciabetania@gmail.com

³ Pedagoga e Doutora em Educação. E-mail: anacatarinacabral@yahoo.com.br

⁴ Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães. E-mail: glacienemary@gmail.com

⁵ Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Pernambuco -UPE. E-mail: lgiraldo@uol.com.br

technicians to grant more local power to adapt technical means to felt popular needs and understandings.

Key words: Dengue; Prevention and Control; Program Evaluation; Social Perception

INTRODUÇÃO

A Dengue é uma doença cujo controle tem se mostrado de solução complexa e por essa razão o desenvolvimento de modelos mais efetivos para o seu controle ganha relevância em diversas partes do mundo e no Brasil, na busca por modelos mais efetivos para o seu controle (KOURI, 2006; SANTOS; AUGUSTO, 2011). Os programas de controle de doenças transmitidas por vetores, no mundo, dentre eles o da Dengue, de modo geral, são orientados a adotarem inseticidas químicos como a principal medida de controle vetorial (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2004). No entanto os modelos de controle vetorial químico-dependentes, avaliados no Brasil e Colômbia, demonstraram que estas estratégias são inadequadas e pouco efetivas para o controle da doença (SANTOS et al, 2014).

Embora o Ministério da Saúde do Brasil tenha despendido grandes esforços na elaboração de estratégias para o enfrentamento do problema, Santos e Augusto (2005) apresentaram alguns contrapontos dos principais elementos responsáveis pela baixa efetividade dos programas, e dentre esses a questão do uso de produtos químicos para o controle vetorial é uma ação que vem recebendo críticas de autores como Augusto et al. (2000) e Novaes et al. (2006) quanto à eficácia desses produtos e aos efeitos deletérios à saúde e ao meio ambiente.

Essas incertezas frente à situação da Dengue têm levado à necessidade de se pensar modelos que integrem os diversos condicionantes que compõem a complexa causalidade da doença, valorizando os aspectos socioambientais do processo saúde-doença, a interdisciplinaridade na produção do conhecimento, as dinâmicas espaciais das cidades, a intersetorialidade e participação social no planejamento e na execução das ações. Sendo reconhecida hoje por diversos centros de pesquisa e de organizações internacionais que atuam no campo da saúde e do desenvolvimento técnico-científico.

Há necessidade de uma mudança de olhar em relação ao problema da Dengue nas diversas esferas de governo, tanto no nível individual e local, onde são mais visíveis os efeitos da doença, como no âmbito global, no qual estão os macrofatores determinantes (socioambientais, econômicos e ecológicos) e que têm relação direta com a doença e o homem.

Deve-se considerar, ainda, o componente comportamental, cujos hábitos e práticas do cotidiano das pessoas, das famílias, das comunidades e institucionais têm sido um importante elemento para alcançar resultados mais eficazes na redução da densidade e distribuição de seu

principal vetor o *Aedes aegypti*, que, por sua robustez biológica e capacidade adaptativa, encontra condições favoráveis de desenvolvimento e permanência nos ambientes urbanos.

No Brasil, mesmo diante dos vários planos de controle da Dengue elaborados pelo Ministério da Saúde, a partir de 1996 – o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* – PEAA, o Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue – PIACD e o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 1996; 2001; 2002), a transmissão da doença se mantém, com presença de surtos epidêmicos recorrentes nas diversas regiões do país. No primeiro semestre de 2012, foram notificados 233.488 casos em 10 dos 27 estados existentes no país. Desse total, Pernambuco apresentou 11,7% (27.393) dos casos. Os tipos de vírus DENV 1 e DENV 4, nesse ano, são os mais comuns com 59,3% e 36,4%, respectivamente, de um total de 2.098 amostras positivas avaliadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL, 2012).

De um modo geral, o problema da Dengue é revelador de questões mais gerais do modelo operativo da Saúde Pública em relação a doenças vetoriais, em que há uma tendência histórica de uma relação linear de causalidade para orientar as intervenções. A interdisciplinaridade na produção do conhecimento; a intersetorialidade e participação social no planejamento e nas ações vêm sendo uma necessidade reconhecida e bastante discutida em diversos centros de pesquisa e de organizações internacionais que atuam no campo da saúde e do desenvolvimento técnico-científico (FEOLA, G.; BAZZANI, R, 2002; BONET et al, 2007; INTERNATIONAL ECOHEALTH FORUM, 2008).

Ao se considerar o componente comportamental, cujos hábitos e práticas do cotidiano das pessoas, das famílias, das comunidades e institucionais têm sido um importante elemento para alcançar resultados mais eficazes na redução da densidade e distribuição de seu principal vetor, o *Aedes aegypti*, por sua robustez biológica e capacidade adaptativa, encontra condições favoráveis de desenvolvimento e permanência nos ambientes urbanos. Há necessidade de se buscarem formas alternativas para solucionar os problemas de saúde nas comunidades, a partir do conhecimento de suas vivências e práticas cotidianas, além do conhecimento técnico existente, a fim de que o fazer em saúde possa dar conta das interações complexas da vida social e dos desafios epistemológicos de integração de sua diversidade. Acredita-se que as ações para controlar a Dengue, em sua dimensão coletiva, exigem o enfrentamento nas situações de risco envolvidas na transmissão, levando-se em consideração os contextos socioambientais nos níveis micro e macro e a percepção dos sujeitos envolvidos (SANTOS et al, 2011).

A inclusão da percepção social dos sujeitos envolvidos no processo de enfrentamento da Dengue, no âmbito local, é fundamental para a efetividade e sustentabilidade das ações de controle da doença. Foi demonstrado por Lefèvre et al (2007), em pesquisa sobre a representação social e dengue, que a população possuía conhecimento sobre o aspecto relacionado à gravidade da doença. Isso demonstra a necessidade de se levantarem as representações existentes nos momentos de

intervenções sobre um problema. Este estudo analisa a problemática da dengue e o Programa de Controle de Dengue em um município do Nordeste, a partir da representação social dos sujeitos sobre o processo de transmissão da Dengue, sua determinação e as medidas de controle realizadas no nível local de atuação.

MÉTODO

Realizou-se um estudo com abordagem qualitativa em um município da região Nordeste do Brasil. Esse estudo se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objetivo é uma unidade que se analisa profundamente, como uma alternativa para abranger o objeto de análise na maior amplitude possível de suas ações (HARTZ et al., 1997).

O local do estudo foi o município do Cabo de Santo Agostinho, localizado na região metropolitana de Recife no estado de Pernambuco. Possui característica portuária e turística, com uma área de 448,7 Km², que representa 0,45% da área total do Estado. No ano de 2010, possuía uma população de 185.025 habitantes, sendo 87,9% na zona urbana, e densidade demográfica de 414,32 habitantes/km² (IBGE, 2010). No ano de 2008, os indicadores de saneamento ambiental apresentavam-se semelhantes aos da maioria das cidades do Nordeste, com 82,4% dos domicílios com abastecimento de água; apenas 9% possuem esgotamento sanitário e o lixo possui destino adequado em 86,4% dos domicílios (IBGE, 2000). O clima é tropical quente e úmido, com temperatura média anual é de 28°C.

Foi realizada análise documental para a caracterização dos componentes do programa no nível local (relatórios da Secretaria Municipal, leis, portarias, atas de reuniões). Para avaliar a percepção dos sujeitos da pesquisa sobre o processo de transmissão da Dengue, seus determinantes e os modos de controle no contexto da vida local, foi realizada a coleta de dados primários mediante entrevista aberta com apoio de um roteiro semiestruturado.

Foram utilizadas as questões norteadoras, contendo os seguintes temas: (1) A influência das condições de vida na forma de controle da transmissão da dengue; (2) Ações desenvolvidas pelo programa municipal nos níveis de domicílio/peridomicílio e de comunidade; (3) Fatores dificultadores e facilitadores dos resultados obtidos; (4) Importância da participação da comunidade e as formas de participação.

A seleção dos sujeitos da pesquisa foi feita de acordo com a capacidade de tomada de decisão – técnica e de gestão – em algum nível do Programa Municipal de Controle da Dengue (PMCD). Foram quatro os sujeitos selecionados, assim distribuídos: um gerente da Vigilância em Saúde, um coordenador do PMCD, um supervisor de Equipe de Saúde da Família e um supervisor das ações de campo do Programa.

Para conhecer o discurso coletivo, adotou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre (2003), cuja proposta metodológica buscou dar conta da discursividade, característica própria e indissociável do pensamento coletivo, preservando-a em todos os momentos da pesquisa. A proposta do DSC como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com a lógica quantitativa-classificatória das pesquisas quantitativas, na medida em que busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos. “O DSC [...] busca reconstruir, com pedaços de discursos individuais, [...] tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar uma dada “figura”, ou um dado pensar ou representação social sobre um fenômeno” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Na análise das entrevistas, os DSC foram construídos com trechos literais das respostas individuais e sistematizados pelo pesquisador em consonância ao que está prescrito pelo Programa de Controle da Dengue, em cada um dos seus componentes. A construção do DSC se fez pela organização e tabulação de falas, a partir do encontro de significações comuns de natureza verbal. As ideias centrais e/ou de ancoragens correspondentes às expressões chaves semelhantes foram selecionadas para a construção do discurso síntese que ficou expresso na primeira pessoa do singular. Foram utilizadas três fases de construção: a identificação das expressões chaves (ECH); a formulação da idéia central (IC) na sua respectiva ancoragem e o discurso síntese (Sujeito Coletivo).

a) *Expressões-chave* – são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso, que devem ser sublinhadas, iluminadas, coloridas pelo pesquisador, e que revelam a essência do depoimento ou, mais precisamente, de conteúdo discursivo dos segmentos em que se divide o depoimento (que em geral correspondem às questões da pesquisa).

b) *Idéias centrais* – é um nome ou expressão lingüística que revela e descreve, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados e de cada conjunto homogêneo de ECH que vai dar nascimento, posteriormente, ao DSC.

c) *Ancoragem* – algumas ECH remetem não a uma IC correspondente, mas a uma figura metodológica que, sob a inspiração da teoria da representação social, denomina-se ancoragem (AC), que é uma manifestação lingüística explícita de uma dada teoria, ou ideologia, ou crença que o autor do discurso professa e que, na realidade de afirmação genérica, está sendo usada pelo enunciador para “enquadrar” uma situação específica.

d) *Discurso do Sujeito Coletivo* – é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que têm a mesma IC ou AC. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003, p. 18, grifo nosso).

Apesar da recomendação da técnica do DSC, de ser aplicada com um número maior de sujeitos de pesquisa, neste caso, a seleção de quatro sujeitos se mostrou suficiente para a

compreensão das diferentes dinâmicas de interação e das situações envolvidas com a problemática da dengue no nível local¹.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, sob o CAAE nº 0019.0.095.000-07. Foi utilizado para todos os participantes um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A instituição autorizou mediante uma Carta de Anuência Institucional.

RESULTADOS

O município do Cabo de Santo Agostinho está entre os 40 classificados como **Municípios prioritários** no Estado de Pernambuco. No que se refere às ações do programa municipal, foram identificados diversos componentes que seguem a mesma lógica do programa nacional. **No quadro 1** é apresentado o resumo de caracterização do Modelo de Controle de Dengue do Município do Cabo de Santo Agostinho, segundo os componentes de ação.

Quadro 1 – Caracterização do Programa Municipal de Controle da Dengue do Cabo de Santo Agostinho, de acordo com os componentes do Programa Nacional.

COMPONENTE	AÇÃO:
1. Vigilância Integrada;	Vigilância epidemiológica passiva, subnotificação de casos, retroalimentação das informações deficiente; Vigilância entomológica com bom acompanhamento dos indicadores; Apoio laboratorial com deficiências no fluxo e no quantitativo de exames necessários.
2. Combate ao vetor;	Foco sobre o controle do vetor; Eliminação mecânica realizada, porém não como prioridade; Modelo químico dependente – usa larvicidas e inseticidas como norma, apesar da restrição de uso em reservatórios de água; Interesse em aplicar métodos alternativos no controle; Realização de teste de susceptibilidade (78% de mortalidade) (CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES, 2005).
3. Assistência ao paciente;	Unidades básicas de saúde atendem por agendamento; Casos da Dengue são atendidos nos serviços de Urgência; Apoio laboratorial para diagnóstico insuficiente; Falta de instrumentos de trabalho para auxiliar o diagnóstico (tensiômetro infantil).
4. Integração com Atenção Básica;	Realização de capacitações aos profissionais do PSF; Reuniões integradas e intersetoriais; Maior notificação de casos notificados pelos agentes ambientais; Casos graves notificados à vigilância epidemiológica direcionam as intervenções sobre o vetor.
5. Ações de Saneamento Ambiental;	Operação cata-bagulho; coleta sistemática de pneus; Arrastões em áreas do PSF - nos períodos de intensificação; Instalação da Adutora de Pirapama, solucionando a intermitência de água; Coleta regular de lixo.
6. Ações Integradas de Educação, Comunicação e Mobilização	Ações de educação em saúde, enfocando o cuidado com o lixo; Utilização das rádios comunitárias e em carro de som, em períodos que antecedem a estação chuvosa;

Social;	Atividades conjuntas com setor de educação (gincanas e concursos escolares sobre a prevenção); Atos públicos contra a Dengue nas Regionais - nos períodos de intensificação das ações; Ação junto aos estabelecimentos comerciais.
7. Capacitação de Recursos Humanos;	Insuficiente; foram realizadas duas capacitações voltadas para os agentes comunitários e agentes ambientais de controle de endemias no período do estudo; Não se realizou capacitação à equipe de saúde e da atenção básica.
8. Legislação;	Não avaliado
9. Sustentação Político-social	Comitê Municipal de Mobilização para o controle da Dengue – funciona sem agenda regular; Os principais temas tratados são sobre os indicadores entomológicos e a pouca resolubilidade da assistência na atenção aos casos da doença.

Os indicadores de avaliação da Programação Pactuada Integrada (PPI) estabelecida para o componente de Vigilância Integrada e de Combate ao Vetor a realização de identificação e eliminação de focos e/ou criadouros de *Ae. aegypti* e *Aedes albopictus* em imóveis, de acordo com normas técnicas do PNCD, sendo seis inspeções por ano com, no mínimo, 90%, o que corresponderia a um quantitativo de 401.229 visitas em imóveis. Entretanto, nesse ano, o número de imóveis visitados ficou abaixo do estabelecido; foram 284.024 imóveis (CABO DE SANTO AGOSTINHO, 2005).

A PERCEPÇÃO SOBRE O CONTROLE DE DENGUE

Os técnicos do município reconheceram a influência dos condicionantes sociais no favorecimento da transmissão da Dengue, representados pela pobreza, pelo êxodo rural e adensamento populacional. Consideraram, ainda, os interesses econômicos como geradores de desigualdade relativa à forma de ocupação do espaço urbano, deficiência na infraestrutura das cidades e no sistema de abastecimento de água:

“É um município que antes era uma área rural e com essa coisa de fábrica eles vieram para cá, mas sem nenhuma condição de trabalho, assim não tinham grau de instrução para trabalhar, porque era da cana que viviam, então vem para aqui sem nenhuma condição, sem qualificação pra trabalhar. Outras, porque as fábricas fecharam, essas muitas fábricas fecharam porque era a época que vinha abrir com isenção de impostos por 10 anos. Depois de 10 anos fechava e ia para outro lugar. A mão-de-obra ficou, não é? E de uma hora pra outra se vê aí com áreas urbanas superpovoadas, assim em locais não adequados favorecendo, justamente, um aumento da densidade da população, a pobreza. Com isso vem a questão do abastecimento da água que aqui é intermitente. Tem, mas chega a faltar cinco dias seguidos” (DSC).

A questão do desmatamento, a questão da influência da densidade populacional desordenada. E até a COHAB que foi planejada, que era uma vila, as pessoas começaram a invadir ao redor da COHAB e hoje juntou São Francisco com a COHAB,

não é? o saneamento que foi realizado, que foi planejado para a COHAB não está dando, não atende mais. Com isso vem a questão do abastecimento da água que aqui é intermitente. Tem, mas chega a faltar cinco dias seguidos. A gente espera que no futuro, com a construção da adutora lá de Pirapama, isso seja sanado, ou pelo menos minimizado (DSC).

Na relação entre a condição de vida e o controle da transmissão da Dengue, a primeira ideia central é de que as condições de vida não influenciam o controle da doença. Nas comunidades com piores condições de vida, as pessoas se sentem responsáveis pelo controle da doença e consideram essa responsabilidade apenas do poder público, enquanto a influência das pessoas com melhores condições de vida se dá pela violência vivida nas cidades, que gera insegurança e pela ausência em casa em horário de trabalho, fazendo com que haja recusas, elevando o índice de pendência no município.

“ Eu acho que as condições de vida das comunidades não têm nada a ver com o controle. Então, quando as pessoas pararem de procurar o culpado e tentar encontrar a solução dentro de sua própria casa, eu acho que a coisa vai melhorar, principalmente de Dengue e outras doenças que estão dentro da nossa própria casa. Muitas vezes a recepção dessas pessoas que têm uma condição de vida inferior é muito maior do que uma que tem um determinado conhecimento. E, por incrível que pareça, tem outros bairros que a gente considera mais problemáticos, por “n” motivos. Seja porque o morador não está lá, está trabalhando durante o dia, porque, realmente, se recusa por medo da violência, então ele se recusa a receber, porque não quer que ninguém entre na casa dele, então a gente tem as duas partes. Também tem muito essa questão da pendência. A falta da legislação acaba não permitindo que a gente tome algumas atitudes. Dessa forma de controle, como a questão das casas fechadas na área da praia, e essas casas, elas puxam muito para cima a pendência, onde muitas vezes chegamos até a 65% nesses locais” (DSC).

Para alguns dos entrevistados, uma melhor condição de vida, principalmente relacionada ao fato de ter um trabalho formal, dá ao usuário do serviço de saúde a possibilidade de buscar uma assistência de melhor qualidade no caso de adoecer por Dengue, estando essa opinião ancorada na idéia de que o setor privado é mais resolutivo que o setor público de saúde:

Quem tem mais condições não vai pro 24 horas, quem tem firma, quem trabalha em firma e que tem plano de saúde não é? Não vai para o 24 horas, porque tem um plano de saúde, mas se não tem plano, então você tem que levar para um posto de saúde. E assim, é totalmente diferente, ao invés num plano de saúde: chega com febre em uma emergência é mais rápido, não tem esse negócio, de você ser atendido por último não. Ele é o primeiro, porque eu já fui, e é assim. (DSC).

No quesito relativo às ações desenvolvidas no âmbito do município, foi interessante observar que as questões mais abordadas foram nas dimensões de caráter político e cultural. Há um domínio técnico e crítico sobre diversos componentes do PMCD, tais como: história do controle da doença no Brasil e as estratégias adotadas; a importância de se usarem meios

mecânicos; a necessidade de se estimular a consciência crítica dos agentes de saúde que operam o programa sobre o uso consciente do larvicida químico.

“Eu considero que o Programa no município não é novo, a gente está trabalhando há anos, mas antes ele já existia, tinha outra estrutura, não existia a vigilância ambiental que hoje faz esse trabalho. Antigamente qualquer jarra, qualquer depósito de água ia lá, não sabia para que era utilizada aquela água, qual era a finalidade daquela água, e tudo era tratado e a gente fala que o produto que a gente ainda utiliza, hoje, não é o biológico, mas, que é um produto químico, contém os seus prós e contras, eu sou mais contra do que a favor e se dependesse de mim ele não seria nem utilizado. A gente sabe que se for um trabalhador que lida muito com ele, que tem efeito cumulativo e traz uma série de problemas não só pro trabalhador, pro meio ambiente também” (DSC).

Também se observam críticas sobre a qualidade da assistência e da vigilância epidemiológica relacionada à retroalimentação das informações para as unidades de saúde:

“Eu entendo que quando a moradora estava com Dengue, e que ela já tinha ido no postinho, o posto não notificou que era Dengue e ela tinha todos os sintomas de Dengue e na casa dela tinha lá um foco. E aí eu disse: pois então, a senhora não foi no postinho? Eu acho que o diagnóstico é muito demorado e com isso a parte de assistência acaba também demorada, é isso o que existe é muito falho” (DSC).

Quanto ao componente de combate ao vetor, foi demonstrado um conhecimento fragmentado das estratégias de controle, frente a incertezas sobre ser esse o melhor método. Na questão relacionada às dificuldades de operacionalização desse componente, reconheceram-se dificuldades e insuficiência no processo de trabalho:

“Eu sei que os agentes entram na casa, olham dentro de casa, olham a descarga, no banheiro e aí depois vai para o quintal, para poder se ir na casa e colocar o veneno, para poder evitar que o mosquito se prolifere, nesses locais, e a gente poder controlar mais, ter um controle maior desse mosquito. A gente pode controlar o mosquito e, controlando o mosquito, controlar a doença. A gente tem alguns imóveis que são pontos estratégicos que recusam e tem também recusas nas casas fechadas na área da praia (DSC).

“Eu acredito que a questão do vetor seja justamente a direção errada. A gente tem mania de se investir no Brasil, nas ações curativas e não preventivas, porque na maioria das casas tem tonel, porque falta água sim, tem água encanada, agora sendo que chega um dia, passa 3 dias sem água. A Compesa não atende, desliga a água, não é? Porque se a Compesa não desligar a água, as pessoas não vão ter esses depósitos para armazenamentos de água” (DSC).

A assistência ao paciente e o apoio laboratorial no atendimento médico foi considerado insuficiente e pouco resolutivo, levando o usuário a um desinteresse em procurar as unidades de saúde. A informação repassada às pessoas sobre a doença, recentemente, mediante folhetos foi melhor aceita :

“É a mesma coisa de sempre, e o que muda assim, é um panfleto, não é? Que a gente trocou porque é muito feio. O que agora lançaram aí, aqui todo mundo gosta porque está mostrando a gravidade da doença e não os outros. Os outros só falavam assim: O que é Dengue? E só mostrava o mosquito, e agora não, agora têm os panfletos que mostram como é que ficam os braços da pessoa. E aí, assim, depois desse panfleto, as pessoas estão mais ativas, mas continuam sem acreditar nos postinhos e dizem que não adianta procurar na unidade de saúde, então eu vou me automedicar” (DSC).

Percebe-se que a integração entre a Estratégia de Saúde da Família e o Programa de Dengue não existe na prática, tanto no que se refere às atividades de campo do ACS, quanto pela equipe de saúde, já que a Dengue não é uma doença de interesse, incorporada na rotina de suas atividades. A falta de integração entre o programa da Dengue e o de Saúde da Família é reconhecida como um dificultador nos resultados do programa, como ilustrado abaixo:

“E tentando fazer, cada vez, uma integração maior entre o agente ambiental de controle de endemias com o agente comunitário, os agentes ambientais estão identificando muito mais as pessoas com Dengue do que o agente comunitário, que isso é mais o papel do agente comunitário. Às vezes tem ACS que procuram a gente, quando vê assim, vão na casa em que o morador está doente, porque a gente notifica e elas não, aí vai dizer, olha, vá no postinho falar com a médica. Há um distanciamento, principalmente, no que se refere a isso” (DSC).

“É importante, assim essa ligação da unidade da Saúde da Família, ela tem que observar que não é só tratar algumas doenças, não é? Como por exemplo, hipertensão, diabetes, não é só isso. Mas a Dengue, o que é que eu tenho a ver com isso? Será que eu tenho a ver? Claro que eu tenho! Aqui no posto tem tanta coisa agora para eu fazer é gestante com hipertensão, é não sei o que do trabalho com idoso, com tuberculose, então é tanta coisa me absorvendo, que Dengue eu acabo negligenciando, não porque não tem importância, porque ninguém me procurou e eu vou com a demanda” (DSC).

As ações relativas ao componente de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social se apresentaram como um facilitador para as ações de controle, cujo discurso reforça a necessidade de medidas de mobilização e comunicação mais motivadoras de envolvimento da comunidade. O conteúdo do material utilizado para divulgação e esclarecimentos também sofreu críticas:

“É importante fazer divulgação nas rádios, entrar nas casas, estar conversando com outra Secretaria, como a de Educação, passando o trabalho educativo com as crianças. É uma troca o tempo todo de informações para dizer que não é só a Secretaria de Saúde ou outra Secretaria que vai controlar a doença ou o mosquito. Porque a parte de educação e saúde pode ser muito explorada que não é, tenta-se explorar mas não é como uma forma alternativa de você comunicar saúde para a população. Então, seria muito interessante se eles fossem exclusivamente arteeducadores e trabalhassem isso aí [...] que houvesse um investimento neles, no trabalho deles” (DSC).

É a mesma coisa de sempre, e o que muda assim, é um panfleto, não é? Que agente trocou porque é muito feio [...] que agora lançaram [...] chegou! Até não chegar esse panfleto aí aqui todo mundo gosta, porque está mostrando a gravidade da doença e não os outros.

Sobre o componente do programa relacionado à capacitação de recursos humanos, esse é percebido, principalmente, como um dificultador, no que se refere à motivação dos agentes de saúde. Aponta-se a necessidade de capacitações contextualizadas com a realidade. A falta de conhecimento técnico é uma observação recorrente:

“Aqui estou sempre tentando reciclar, capacitar o agente ambiental junto com a equipe de supervisão. Agora, por outro lado, também a gente trabalha muito a mente do pessoal com relação a isso, vamos para a realidade no dia a dia do morador. Porque cada morador é uma história às vezes eu entro na casa do morador, ele está tão aperreado, só faz chorar. A gente fica lá dando uma de psicólogo” (DSC).

“Eu acho que vai chegar um dia e dizer estamos livres da Dengue. Eu tenho certeza que esse dia vai chegar. “Não tem Dengue, porque aqui é ótimo, é erradicado, é considerado baixo, não é? Então o índice está 1%? É considerado razoável? Eu não sei se isso se deve às ações, porque, de fato eu estou trancada aqui, não estou vendo o que está acontecendo lá fora” (DSC).

Foi dado um destaque especial para as dificuldades na operacionalização do programa. A questão negativa relacionada à colaboração da comunidade é apontada como passividade da população. As ideias centrais são de que as pessoas dificultam o trabalho dos agentes de saúde e não querem participar. Também, de que os mais pobres não participam porque têm outros problemas mais importantes, como falta de comida e de dinheiro:

“Tem gente que não dá muita atenção com seu próprio quintal. E acha que os agentes é que têm obrigação de fazer esse tipo de cuidado. Ele explicou tudinho ao morador, e o morador diz: *Ah, eu não posso virar esse barril*”. Aí o agente foi e virou, quando a gente voltou de tarde, essa mesma mulher já tinha desvirado. Aí foi feito o tratamento, e se conversou com ela e perguntou o motivo que ela tinha desvirado, aí ela disse que é a falta de água que é muito grande, que o pessoal aproveita até a chuva para poder juntar, lavar roupa, lavar prato, colocar no banheiro. Eu fiquei até assim: Meu Deus! De manhã veio e virou e de tarde desvirou, assim, é muito difícil” (DSC).

A questão relacionada ao controle social foi referida como uma dificuldade na obtenção de melhores resultados relacionadas ao Programa de Saúde da Família, justificando porque a comunidade não tem assimilado bem essa estratégia na localidade:

A equipe da comissão para formar o os conselhos locais de saúde era formada de um gestor, dois trabalhadores representantes e o usuário e visitamos todos os 10 Programas de Saúde da Família, cada unidade do PSF, falamos o que era a importância deles, classe trabalhadora, participar desse conselho local de saúde. Ele é o trabalhador, mas ele também é usuário, ele também participa da

comunidade então, ele não participava nem como trabalhador, nem como morador da área (DSC).

DISCUSSÃO

O estudo mostrou-se adequado para conhecer em profundidade o contexto local, condição necessária quando de uma intervenção como a de controle da Dengue, que se baseia em dinâmicas de interação entre atores envolvidos na intervenção, como enfatiza Hartz *et al* (1997). O uso da técnica do discurso coletivo (LEFÈVRE E LEFÈVRE, 2003) se mostrou adequada, já que o informante é convidado a falar livremente sobre o tema e as perguntas do entrevistador foram um recurso que possibilitou uma análise e síntese, com base nos distintos olhares dos sujeitos tomadores de decisão, envolvidos no problema em questão.

Outro aspecto destacado neste estudo diz respeito às conexões entre a política nacional de controle da Dengue com a gestão municipal do programa. Observou-se uma relação não afinada, ante o modelo hegemônico e verticalizado no âmbito federal, como por exemplo, a ausência de suporte técnico em auxiliar metodologias inovadoras e não dependentes de produtos químicos no controle vetorial da Dengue. Esses resultados corroboram com o estudo realizado sobre a política de controle de endemias no Brasil, em que se identificou, dentre as duas coalizões percebidas, a tradicional químico-dependente como dominante (esfera federal do programa) e a ecossistêmica, que é contra-hegemônica (GURGEL, 2007), representada neste estudo pela gestão municipal.

Assim, no aspecto do comportamento humano e diante da percepção de que a gestão municipal sente-se aprisionada pelas normas e diretrizes de um modelo verticalizado, indicou-se a necessidade de valorizar, primeiramente, o saber dos técnicos em sua expressão coletiva. A construção do discurso coletivo facilitou a compreensão dos saberes existentes e suas conexões.

No âmbito das ações revelou-se que há uma compreensão de que os condicionantes sociais e as condições de vida influenciam a situação de saúde, em seus contextos, como foi muito bem discutido por Castellanos (1998). No entanto, há aspectos contraditórios sobre a colaboração da comunidade em relação a suas condições de vida. Como foi citado o caso em que nos bairros com melhor poder aquisitivo, percebe-se haver pouca adesão às medidas de controle, o que pode ser devido à violência, ao descrédito com os serviços públicos ou a outros fatores a serem melhor investigados. Estudo de Chiaravalloti Neto (2007) observou que existem questões relacionadas à violência, tráfico de drogas, problemas financeiros que influenciam na adesão dos sujeitos às ações do programa da Dengue.

Na análise discursiva sobre o programa, a observação de domínio técnico relativo ao controle do vetor e o interesse em utilizar medidas mecânicas como prioritárias para o seu

controle se mostraram contraditórias, na medida em que essas não se efetivam como a principal estratégia, ficando como auxiliar ao controle químico. Essa questão reporta à hegemonia do modelo químico-dependente nas práticas de controle da Dengue, como percebido por Gurgel (2007) e que são reforçadas nas teorias fragmentadas dos fatores de risco – com foco sobre o vetor - em detrimento à compreensão da determinação social das doenças e que está relacionada às profundas condições estruturais e de vida da população.

Quanto à assistência, o DSC sinalizou que há um estrangulamento no acesso e a falta de resolutividade dos serviços de saúde, mas não se mencionaram medidas que possam ser implementadas para a solução dessa questão, nem tampouco mudanças nas estratégias adotadas, diferentemente do que tem sido preconizado por Martinez-Torrez (2005), cuja larga experiência na organização dos serviços de saúde e atenção ao doente da Dengue coloca Cuba como uma referência nessa questão. Segundo esse autor, a organização da atenção primária para o diagnóstico precoce, mediante o acompanhamento dos sinais clínicos iniciais, deve ser uma rotina a ser implantada em todas as unidades básicas de saúde. Essa estratégia tem sido reforçada por Venâncio (2008) e sua forma de organização da assistência, realizada no Estado do Mato Grosso do Sul, mostrou-se efetiva, alcançando baixa letalidade durante a epidemia de 2007. Estudo recente de Rocha et al. (2014) aponta uma maior resolutividade das medidas de combate e de controle da dengue no Brasil, a partir da descentralização das ações e, da necessidade de mudança na formação tradicional dos profissionais de saúde.

O discurso mais enfático foi aquele no qual a população poderia colaborar mais no controle vetorial da Dengue, e percebe-se que esse discurso aparece para justificar as dificuldades enfrentadas na operacionalização das ações. Essa indicação citada pelos técnicos direcionou o estudo sobre o levantamento do saber e práticas da comunidade sobre a problemática da Dengue.

A influência do contexto na transmissão da ocorrência da Dengue, no município do Cabo de Santo Agostinho, reporta aos conceitos adotados por Lieber e Lieber (2003), quando distingue a diferença entre “risco”, “causa” e “contexto”. Ao citar o contexto como as condições que, por si, não levam ao acontecido (evento, efeito) mas que, sem ele o evento não ocorre, demonstra a importância de se planejarem ações sobre situações contextuais desfavoráveis que influenciam, negativamente, a ocorrência de um evento. Essa é uma proposta que se defende para ser pensada, quando do planejamento de ações e durante todo o desencadear de uma intervenção como a do programa de controle da Dengue. No caso do município do estudo, nota-se uma preocupação em mudar as condições contextuais, ao ampliar a oferta de serviços de saneamento urbano.

Santos e Augusto (2008) consideram que a busca por soluções inovadoras para enfrentamento do controle da Dengue é um desafio que tem exigido esforços em diversas áreas da saúde, mas que deveria contar também com esforços de outros setores, por entenderem que é no território que devem ser planejadas as ações de controle, uma vez que é onde estão os doentes da Dengue, as situações de risco que favorecem a transmissão da doença e, conseqüentemente, os criadouros domésticos e também os macrocriadouros do *Aedes aegypti*.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredita-se que os modelos de controle da Dengue adotados nas comunidades necessitam incorporar características próprias de cada contexto, como forma de possibilitar maior efetividade das ações de controle. As capacitações devem ser contextualizadas e com metodologias adaptadas à realidade do grupo social envolvido.

As ações devem ser planejadas de forma compartilhada entre os sujeitos sociais, gestores, técnicos e usuários, como forma de proporcionar mais poder (*empowerment*) no contexto local e adequar as medidas adotadas às reais necessidades sentidas.

Os atores sociais devem ser melhor orientados sobre as medidas de controle de Dengue adotadas (mecânicas, químicas e biológicas) e os produtos disponíveis para o seu controle, principalmente, no que se refere ao uso de substâncias químicas na água de consumo doméstico. E, a partir daí, decidir sobre qual medida desejam utilizar.

AGRADECIMENTOS

À Secretaria de Saúde do Cabo de Santo Agostinho, pela realização da pesquisa. À Fundação de Amparo à Ciência e Tecnologia do Estado de Pernambuco/Facepe/Ministério da Saúde/CNPq, pelo apoio financeiro.

REFERÊNCIAS

- AUGUSTO, L. G. S. et al. Avaliação crítica do programa de erradicação do *Aedes aegypti*: considerações técnicas para medidas de controle. *Revista do IMIP*, Recife, v. 14, n. 1, p. 90-97, 2000
- BONET M, SPIEGEL JM, IBARRA AM, KOURI G, PINTRE A, YASSI A. An integrated

- ecosystem approach for sustainable prevention and control of dengue in Central Havana. *Int J Occup Environ Health*. v.13, n.2, p.188-194, 2007.
- CABO DE SANTO AGOSTINHO. Secretaria Municipal de Saúde. Metas da programação pactuada integrada do Município do Cabo de Santo Agostinho. Cabo de Santo Agostinho, 2006a. Mimeografado
- CASTELLANOS, P. L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R. B. (Org.). Condições de vida e situações de saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1997. cap. 2, p. 31-75.
- CHIARAVALLOTI NETO, F. et al. O programa de controle de dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. *Cad saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1656-1664, 2007.
- ENTREVISTA Jaime Breilh. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 533-540, ago. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000200533&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 15 set. 2015. Epub 2015. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00071>.
- FEOLA, G.; BAZZANI, R. Desafios y estrategias para la implementación de un enfoque ecosistémico para la salud humana en los países en desarrollo. Montevideu: IDRC, 2002. Disponível em: <http://network.idrc.ca/uploads/userS/10286535481Publi_UNEP_IDRC_docu_Spanish.PDF>. Acesso em: 20 ago. 2005
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil: versão atualizada em: 01 de mar. Brasília, DF, 1996.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Plano de intensificação das ações de controle do dengue. Brasília, DF, 2001.
- FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Programa Nacional de Controle da Dengue: instituído em 24 de julho de 2002. Brasília, DF, 2002.
- GURGEL, Idê. G. D. A Pesquisa científica na condução de políticas de controle de doenças transmitidas por vetores. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2007
- HARTZ, Zulmira. M. A. (Org.). Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da Implantação de Programas. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1997.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). 2010. Censo Populacional: disponível em: <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/default.shtm>. Acesso: 24 de maio de 2012.
- _____. *Censo demográfico: características da população e dos domicílios*. Rio de Janeiro, 2000.
- INTERNATIONAL ECO HEALTH FORUM, 2008, Mérida, México. Presentations. México, 2008. Disponível em: <http://www.ecohealth2008.org/sitio/ind_ex.php#presentaciones>. Acesso em: 15 jan. 2009.
- KOURI, Gustavo. El dengue, um problema crescente de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*, Washington, v. 19, n.3, p. 143-145, 2006.
- LEFÈVRE, A. M. C. et al. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do Município de São Sebastião, Litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil. *Cadernos de saúde pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 7, p. 1696-1796, 2007.
- LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana. M. Cavalcanti. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)*. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.
- LIEBER, R. R.; ROMANO-LIEBER, N. S. Risco, incerteza e as possibilidades de ação em saúde ambiental. *Revista brasileira de epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 121-134, 2003.
- MARTINEZ-TORRES, Eric. Dengue. Rio de Janeiro. Ed. Fiocruz, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. Brasil reduz em 84% o número de mortes por dengue em 2012. disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=1498&CO_NOTICIA=13943. Acesso em 18 de maio de 2012.

- NOVAES, T. C. P. et al. Práticas Sanitárias em Controle de Dengue: questionamentos que continuam. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, Brasília, DF, v. 39, n. 1, supl., p. 88, 2006
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Situation of dengue/dengue haemorrhagic fever in sea countries. Geneva, 2004. Disponível em: <<http://www.who.org>>. Acesso em: 10 jan. 2004.
- ROCHA, D.C; CÂNDIDO, G. A; DANTAS, R. T. Políticas Públicas para a saúde e o papel da atenção básica de saúde no controle e prevenção da dengue no país. *Revista Movimentos Sociais e Dinâmicas Espaciais*, Recife, v. 03, n. 02, 2014. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistamseu/index.php/revista/article/view/90> Acesso em: 02 de outubro de 2015.
- SANTOS, S. L.; AUGUSTO, L. G. S. Dengue: uma avaliação das ações do programa de controle. *Cadernos saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 263-280, 2005.
- SANTOS, S. L.; AUGUSTO, L. G. S. Dengue: velhos problemas, soluções inovadoras. In: AUGUSTO, L. G. S.; BELTRÃO, A. B. Atenção primária à saúde: o ensino da saúde na comunidade. Recife: Ed. Universitária, 2008. cap. 2, p. 168-174.
- SANTOS, Solange. L.; CABRAL, Ana Catarina S.Pereira.; AUGUSTO, Lia. G. Silva. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.16 (supl), p. 3129-3140, 2011
- SANTOS, Solange L.; AUGUSTO, Lia G. Silva. Modelo multidimensional para o controle da dengue: uma proposta com base na reprodução social e situações de riscos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 177-196, 2011
- SANTOS, S. L. ; PARRA-HENAO, G ; SILVA, M. B. COSTA e SILVA. ; AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva . Dengue in Brazil and Colombia: a study of knowledge, attitudes, and practices. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical (Impresso)*, v. 47, p. 783-787, 2014.
- VENÂNCIO, Ricardo. Dengue: organização da atenção ao doente como estratégia para reduzir a letalidade apresentado no 44^o Congresso da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. Porto Alegre, 2008.
- ⁱⁱ Nota de fim. Segundo Lefèvre, o número de sujeitos da pesquisa deve ser justificado em cada caso específico. No caso desse estudo, o número de sujeitos entrevistados mostrou ser suficientemente adequado para responder a todos os componentes da investigação.
- SL, Santos elaborou o projeto de pesquisa, a coleta de dados e tabulação dos resultados e discussão, ACSP Cabral realizou a análise dos discursos coletivos, MB Costa e Silva e GMS Gonçalves realizaram a triangulação dos dados documentais e dos Discursos Coletivos, LGS Augusto participou como orientadora da pesquisa, análise dos dados e revisão crítica do artigo.