

cod. ACERVO: 88308
R 13831266/04

R# 11,80

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COMUNITÁRIA
MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA/EPIDEMIOLOGIA

**CONTROLE DE DENGUE CENTRADO NO SER HUMANO E SUAS
COMPETÊNCIAS CULTURAIS DE CUIDAR**

Maria Dolores Duarte Fernandes

TESE
614.571
F41C
2002

Fortaleza - Ceará
2002

Maria Dolores Duarte Fernandes

**CONTROLE DE DENGUE CENTRADO NO SER HUMANO E SUAS
COMPETÊNCIAS CULTURAIS DE CUIDAR**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Saúde Pública, do Departamento de Saúde
Comunitária, da Universidade Federal do Ceará
como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre.

Prof. Dra. Marilyn Kay Nations

Orientadora

Fortaleza – Ceará

2002

F41c Fernandes, Maria Dólares Duarte. Controle de dengue centrado no ser humano e suas competências de cuidar. /Maria Dólares Duarte Fernandes – Fortaleza, 2002.

130 fls. il.

Orientadora: Profª Dra. Marilyn Kay Nations

Dissertação (Mestrado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Medicina.

1. Dengue – Prevenção e controle 2. Dengue – Epidemiologia 3. Dengue – História. I. Título.

CDD 616.921

CONTROLE DE DENGUE CENTRADO NO SER HUMANO E SUAS COMPETÊNCIAS CULTURAIS DE CUIDAR

Dissertação apresentada ao Mestrado em Saúde Pública/Epidemiologia do Departamento de Saúde Comunitária da Faculdade de Medicina, da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do título de mestre.

Prof. Dra. Marilyn Kay Nations

Orientadora

Prof. Dra. Ângela Maria Bessa Linhares

1º Membro

Prof. Dra. Júlia Sursis Nobre F. Bucher

2º Membro

Prof. Dr. José Wellington de Oliveira Lima

3º Membro

Esta construção é dedicada a todos que direta ou indiretamente favoreceram a sua efetivação. Meus familiares, meus amigos, colegas de trabalho e a população de Fortaleza.

➤ Ao meu marido **Roberto** e minhas filhas **Iara** e **Sara** pelo incentivo e apoio que tanto me encorajaram nesta jornada e por compreenderem a minha ausência em momentos que cobravam a minha presença como mãe e como mulher.

AGRADECIMENTO ESPECIAL

- *A Deus, cuja presença se faz constante na minha vida. Aquele que impulsiona o meu caminhar fazendo de cada passo meu, um infinito desejo de conquista.*

AGRADECIMENTOS

- Aos meus pais, meus irmãos e irmãs que sempre me estimularam em busca dos meus ideais.
- À professora Marilyn Nations, pela sua orientação metodológica e apoio à pesquisa;
- A Fundação Cearense de Amparo a Pesquisa - FUNCAP, pelo apoio material e intelectual indispensável à pesquisa.
- Aos colegas do Mestrado pela oportunidade de compartilharmos dificuldades, principalmente as colegas Tereza, Margarida e Sandra pela nossa capacidade de intermediar as dificuldades com momentos de alegria.
- Ao José Afonso e a Fátima Girão pela sua valiosa disponibilidade e apoio ao trabalho de campo.
- Aos colegas e amigos da Fundação Nacional de Saúde que souberam compreender e suprir os meus momentos de ausência. Em Especial Livia, Adelina e Márcia pelas idéias que trocamos, tão valiosas para esta construção.
- As minhas amigas por compreender os meus momentos de ausência e em especial a Tânia Rocha, pelo incentivo e pelas vezes que me encorajou a seguir em frente.
- A Coordenação do Mestrado e aos funcionários pelo empenho em atender nossas solicitações.
- Ao Dr. José Wellington, Coordenador Regional da FUNASA, amigo e conselheiro, com quem dividi momentos de preocupações e encontrei amparo nos momentos de incertezas.
- Ao amigo Eddie William, exemplo de grandeza e coragem, com quem tive oportunidade de dividir cada momento dessa construção. Obrigada por sua orientação tão preciosa que tanto me motivou nesta caminhada.
- Ao Professor Ricardo Pontes, pelo incentivo dado a esta pesquisa.

RESUMO

O presente trabalho, apresenta e discute os resultados de um estudo realizado a partir da percepção de grupos populacionais e de profissionais envolvidos com o controle da Dengue em Fortaleza-CE. O objetivo principal foi compreender e explicar como fatores sócio-culturais podem interferir no controle eficiente do *Aedes aegypti* e da Dengue. Simultaneamente, buscou-se apontar competências culturais que podem ser valorizadas para um controle sustentável da doença, com envolvimento da comunidade. Para captar a realidade empírica foi utilizada a metodologia qualitativa, dentro da perspectiva da antropologia médica. Foram realizadas observações etnográficas, seguidas de grupos focais de discussão e entrevistas compostas por perguntas abertas e semi-estruturadas para aprofundamento de questões importantes. Os resultados mostram que a Dengue em sua fase inicial é freqüentemente confundida com uma virose comum. Entretanto a população mostrou-se capaz de identificar, por ela mesma, quando a sintomatologia ultrapassa o limite de uma virose comum. A experiência com a doença e os surtos epidêmicos emergem como elementos importantes para despertar nas pessoas uma noção de severidade da Dengue. Esta conscientização age como um motor para estimular a participação das pessoas nas ações de controle, ou seja, causa uma mudança de comportamento em relação aos criadouros do *Aedes aegypti* no ambiente domiciliar. Tanto a população quanto o governo são apontados, em algum momento, como responsáveis pelo problema da Dengue em Fortaleza. Existe o reconhecimento, por parte de ambos, de que ações isoladas não vão resolver a questão, apontando para a necessidade de uma composição de forças, envolvendo toda a sociedade. Entretanto é preciso elaborar novas estratégias de controle com participação social, levando em consideração o vasto conhecimento popular, adquirido na convivência diária com a enfermidade e a competência humana para ações de auto-cuidado.

ABSTRACT

This study investigates dengue disease perceptions among layperson's and professionals' involved in control actions in Fortaleza, Ceará, Brazil. The study's general aim was to comprehend and to explain how social and cultural factors influence the efficient control of the disease and its vector, *Aedes aegypti*. Additionally, this research sought to point out existing cultural competencies that could be amplified in a sustainable disease control intervention, emphasising popular participation. In order to capture the empirical reality, qualitative methodologies and theoretical perspectives from the field of medical anthropology were utilized. Open-ended, ethnographic interviews with key informants, participant-observation of daily events and focal group discussions provided an in-depth view of the subjective, lived-experience of humans confronting dengue. Results reveal that the disease, in its initial phase, is frequently interpreted as a common flu-like virus. However, in its latter stages, the population astutely distinguishes between a common viral infection and dengue. The frequency of disease outbreaks and the first-hand, lived-experience of being sick with dengue are important factors in changing people's perceptions about disease severity. Layperson's familiarity with dengue and awareness of severe forms, are motivating forces which fuel popular participation in vector control activities. Blame for dengue control program failures fall on both the population-at-risk as well as government institutions. There is, however, a consensus that isolated actions by either party will not solve the problem. A combined effort, therefore, is essential to successfully control dengue and its vector in Fortaleza. The development of new control strategies, based on popular participation, must take into account lay disease knowledge, constructed from people's daily experience with the disease, and their capacity for self care.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	Um Alerta Epidemiológico sobre a Dengue	17
1.2	Experiências de Controle de Dengue centrado no Ser Humano: Revisando a Literatura	22
1.3	Caminhos e Descaminhos da Prática Educativa nos Serviços de Saúde Pública no Brasil: Recortes Históricos	25
1.4	O Papel da Educação em Saúde no Controle da Dengue em Fortaleza	34
2	OBJETIVOS	37
2.1	Geral	37
2.2	Específicos	37
3	PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA	38
3.1	Metodologias Qualitativas da Antropologia Médica	38
3.2	Local do Estudo	39
3.3	Definição da Amostragem	41
3.4	Coleta de Dados/Trabalho de Campo	46
3.5	Processamento e Codificação dos Dados Coletados	51
3.6	Aspectos Éticos da Pesquisa	52
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	54
4.1	A Percepção de Estar Doente de Dengue: (...) <i>acho que nunca tive Dengue (...)</i> .	54
4.1.1	Diagnóstico Popular da Dengue: (...) <i>num era a tal de virose não! Era Dengue mesmo (...)</i> .	56
4.2	Vivendo a Dengue: (...) <i>doença infeliz, malvada e miserave (...)</i> .	58
4.3	Etnoepidemiologia da Dengue: (...) <i>nessa redondeza quase todo mundo teve (...)</i>	62
4.3.1	Aprendendo com a Experiência: (...) <i>há um mês atrás né, eu via a Dengue naturalmente porque não tinha vivido a Dengue</i>	63
4.4	A prioridade da Dengue na Vida das Pessoas: (...) <i>Já tenho muito problema pra poder ficar pensando em mais outro (...)</i>	65
4.5	Roda Viva em busca de Tratamento - (...) <i>conseguir uma ficha precisa ficar a noite todinha (...)</i> .	67
4.5.1	A Divina Cura da Dengue: <i>A cura vei de Deus minha fia (...)</i>	71

4.6 Dengue – O Adoecer: (...) <i>eu não sei nem explicar né, porque aqui não tinha mosquito</i>	72
4.7 Os Gritos do Descaso: (...) <i>a mercê de um mosquito (...)</i>	77
4.8 A Complexidade da Ação Governamental: (...) <i>esse pozinho é muito bom para matar piolho (...)</i>	79
4.9 O Processo de Participação Social sob o Olhar da População: (...) <i>nunca a população deixa de participar, de colaborar, nunca! (...)</i>	82
4.10 O Processo de Participação Social sob o Olhar Institucional: (...) <i>para a população participar só basta uma coisa: ela seguir as orientações do agente de saúde (...)</i>	85
5 CONCLUSÕES	90
6 RECOMENDAÇÕES	92
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
ARTIGO	102

1 INTRODUÇÃO

A Dengue continua presente entre nós, como uma das mais importantes doenças transmitidas por vetores que afetam as populações humanas. O aumento da incidência e da expansão geográfica dessa doença resultou nas freqüentes epidemias ocorridas no mundo nas últimas décadas (GUBLER, 1989, 1994; KROEGER, 1995). Nem mesmo os extensos recursos financeiros investidos na implementação das medidas de controle têm se mostrado suficiente para resolver esse problema que tem se tornado cada vez mais crescente. Esse fenômeno é decorrente de vários fatores, dentre eles a expansão geográfica dos vírus causadores da Dengue, e do seu vetor mais importante: o *Aedes aegypti*. O crescimento populacional nos centros urbanos, principalmente nos países em desenvolvimento, tem contribuído para o aumento do número de criadouros do *Aedes aegypti*, propiciando um maior contato do homem com o vetor, aumentando também a transmissão do vírus (GUBLER, et al., 1989; 1994; GORDON, et al., 1989; YASUMARO, et al., 1998).

Um grupo de especialistas em doenças transmitido por vetores argumenta que os locais de produção do *Aedes aegypti*, vetor da dengue, devem sua existência, quase que inteiramente as pessoas quando usam vários tipos de depósitos para estocar água no ambiente domiciliar. Na visão desses autores, Dengue e Febre Hemorrágica da dengue representa um excelente modelo de doença produzida pelo homem (WINCH, 1991; SLOSEK, 1986). Reforçando essa discussão Teixeira, et al. (1999), refere que a transmissão da dengue se dá exatamente, na relação que se estabelece entre o comportamento humano, o ambiente, o movimento do vetor e a circulação do vírus.

Em 1997, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) dizia em seu Plano Continental para o combate ao *Aedes aegypti* que “o controle dos recipientes (...) onde o mosquito *Aedes aegypti* se procria é a pedra angular de qualquer esforço para prevenir a dengue. O controle efetivo dos criadores inclui o saneamento ambiental, a participação social, a comunicação e a educação em saúde e o controle químico e biológico”. O que a OPAS enfatiza é que a prevenção e o controle da dengue dependem principalmente da rápida redução das populações urbanas de *Aedes aegypti*, através da eliminação dos locais de

reprodução do mosquito no ambiente doméstico, onde parte das ações é de responsabilidade do governo e outra parte depende da efetiva e continuada participação do ser humano e da comunidade (DIAS, 1998).

A partir da constatação de que a simples e pura intervenção com medidas de controle químico não tem se mostrado capaz de evitar a expansão do vetor e do vírus da doença associada a compreensão de que conceitos e comportamentos humanos, culturalmente construídos e subjetivamente vividos, contribuem para o aparecimento de criadores do *Aedes aegypti*; diversos autores recomendam que se invista cada vez mais em educação, participação social e mudança de comportamento, tanto da população afetada como das instituições e equipes oficiais envolvidas com o controle da Dengue (WINCH, 1991; SLOSEK, 1986).

No âmbito institucional, uma resposta a essa situação tem sido o desenvolvimento de intervenções educativas disseminando informações sobre a dengue e sua prevenção. O objetivo dessas ações é o alcance de uma participação efetiva da população na redução dos locais propícios à reprodução do *Aedes aegypti* presentes no ambiente domiciliar. Entretanto, as variadas estratégias de educação e comunicação em saúde, adotadas em Fortaleza, parecem impotentes para conter o avanço desse vetor e conseqüentemente da doença, haja vista as sucessivas epidemias que vem vitimando a população nos últimos 15 anos. Investimentos em ações como: mutirões, arrastões, gincanas, passeatas, palestras, shows, teatros de boneco, campanhas educativas pelos meios de comunicação de massa com grande produção de material informativo (cartazes e folhetos), não estão tendo o impacto esperado. Ou seja, apesar dos esforços investidos para o alcance de um controle da Dengue sustentável e com participação efetiva da sociedade, o que tem sido referido é que a população não tem sido participativa tal como esperam e desejam as autoridades institucionais.

Imbuída do propósito de compreender e explicar essa suposta falta de participação social no controle da Dengue em Fortaleza, a presente pesquisa foi realizada, a partir das concepções, crenças e valores de grupos populacionais estratificados economicamente e de servidores envolvidos com as ações de controle da Dengue.

Na dinâmica de apresentação e discussão dos resultados deste processo investigativo, inicialmente traçamos um perfil epidemiológico da Dengue no âmbito da saúde

pública tendo como referência a visão de diversos estudiosos da questão e de dados estatísticos oferecidos pelas instituições responsáveis pelo controle da dengue em Fortaleza. No segundo momento do trabalho, resgatamos da literatura científica, experiências de controle da dengue com participação da comunidade. Dentro das bases teóricas e conceituais buscamos contextualizar o papel da educação e da promoção da saúde no controle da Dengue em Fortaleza. Em seguida, nos reportamos ao contexto histórico da prática educativa nos serviços de saúde do Brasil.

A pesquisa de campo teve como eixo básico, a metodologia qualitativa da antropologia médica. Inicialmente, os informantes foram integrados ao estudo através de observações etnográficas, em seguida foram organizados e realizados de grupos focais de discussão e para o aprofundamento de alguns pontos relativos ao nosso objeto de investigação foram realizadas entrevistas semi-estruturadas com os sujeitos integrantes do processo.

Os dados coletados nos grupos focais e nas entrevistas foram processados utilizando o programa ETHNOGRAPH, em seguida, codificados por categorias empíricas e classificados por tema de análise pela pesquisadora.

Esperamos que os resultados aqui apresentados possam contribuir para o redimensionamento das práticas educativas que permeiam o atual Programa de Controle do *Aedes aegypti* e da Dengue, e de outros problemas de saúde, buscando a construção de uma nova dimensão articulada e mediada por estratégias cientificamente estabelecidas, superando a prática historicamente centrada em concepções biomédica e positivista.

1.1 Um Alerta Epidemiológico sobre a Dengue

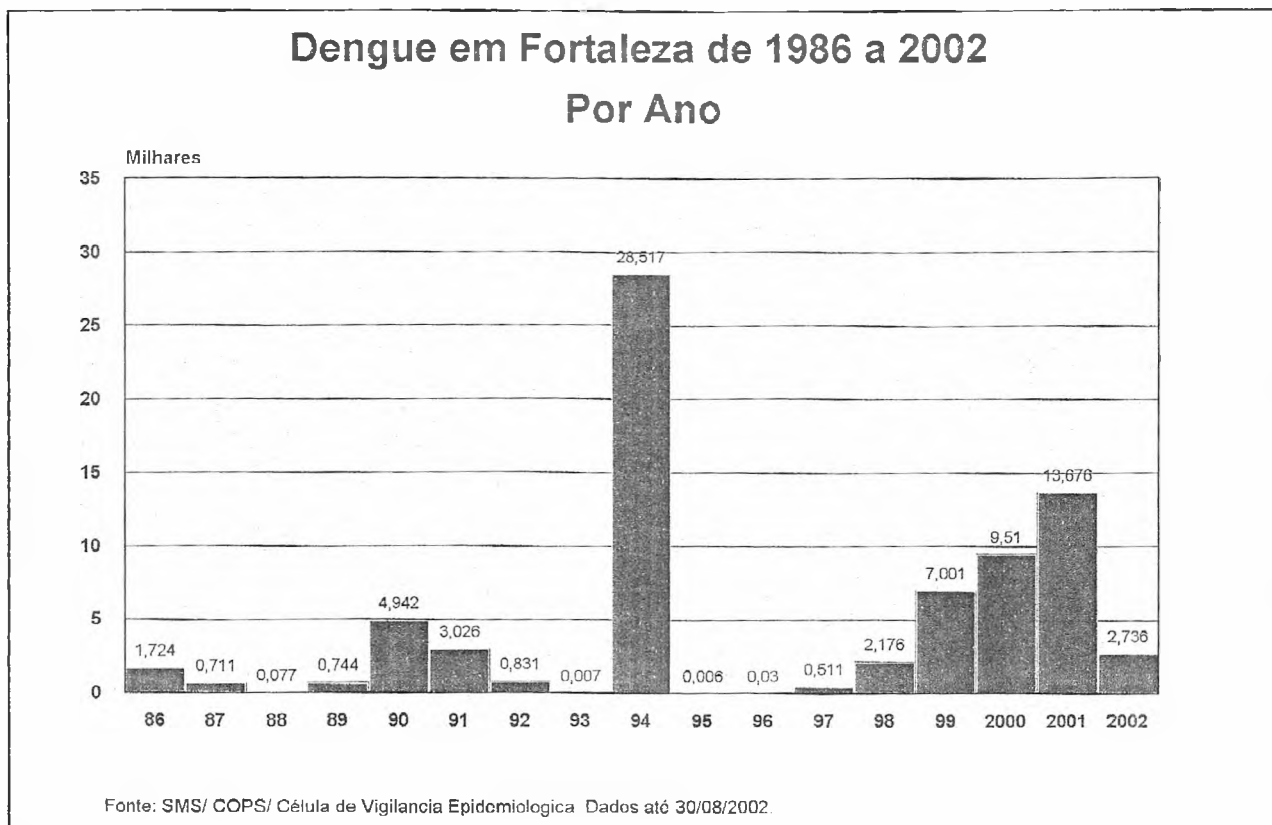
A Dengue é uma arbovirose, da família Flaviviridae, pertencente ao gênero Flavivírus, composto por quatro sorotipos: DEN-1; DEN-2; DEN-3 e DEN-4. (Gubler, 1989; 1991; 1994; 1997; Teixeira, 1999). Estima-se que 80 milhões de pessoas se infectem anualmente no Mundo, com cerca de 550 mil pacientes necessitando de internação hospitalar e 20 mil óbitos (OMS). Existem, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), aproximadamente 3,5 bilhões de pessoas morando em áreas infestadas pelo *Aedes aegypti*. Nas Américas, o *Aedes aegypti* é o único transmissor da doença com importância epidemiológica. Metade da população mundial encontra-se, portanto, sob risco de se infectar com Dengue. Todos os anos são reportados milhões de casos da doença e milhares de casos das formas graves como Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e Síndrome do Choque da Dengue (SCD). A transmissão se dá através da picada da fêmea infectada do *Aedes aegypti* no ciclo homem – *Aedes aegypti* – homem (WINCH, 2001; TEIXEIRA et. al., 1999). No Mundo, a Dengue Clássica (DC) a Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e a Síndrome do Choque da Dengue (SCD) já ocorreram em mais de 100 países e territórios (OMS, 2002).

No Brasil, o ressurgimento da Dengue ocorreu em 1982, a partir de uma epidemia ocorrida em Boa Vista, capital do Estado de Roraima. Segundo estimativas, ocorrerão 11 mil casos da doença, o que correspondeu aproximadamente uma incidência de 22,6%, e foram isolados dois sorotipos durante o evento: DEN-1 e o DEN-4. A sua re-introdução, possivelmente se deu por via terrestre, pela fronteira da Venezuela, e ressurgiu sem que o Sistema de Vigilância Epidemiológica fosse capaz de detectá-lo. A propagação viral não se dá a partir desse episódio por duas razões: o surto foi rapidamente controlado e não existia naquele momento uma dispersão do mosquito por todo o território brasileiro. A Dengue instalou - se definitivamente no Brasil a partir de 1986, com o surgimento dos primeiros casos ocorridos no Rio de Janeiro (PONTES; RUFINO NETO, 1994; NOGUEIRA, et al., 1999; TEIXEIRA et al., 1999). Repetidas epidemias da forma clássica da doença têm atingido as principais cidades brasileiras, já se reportando casos das formas graves da doença, a Febre Hemorrágica da Dengue (FHD) e a Síndrome do Choque da Dengue (SCD) (BRASIL, 1998).

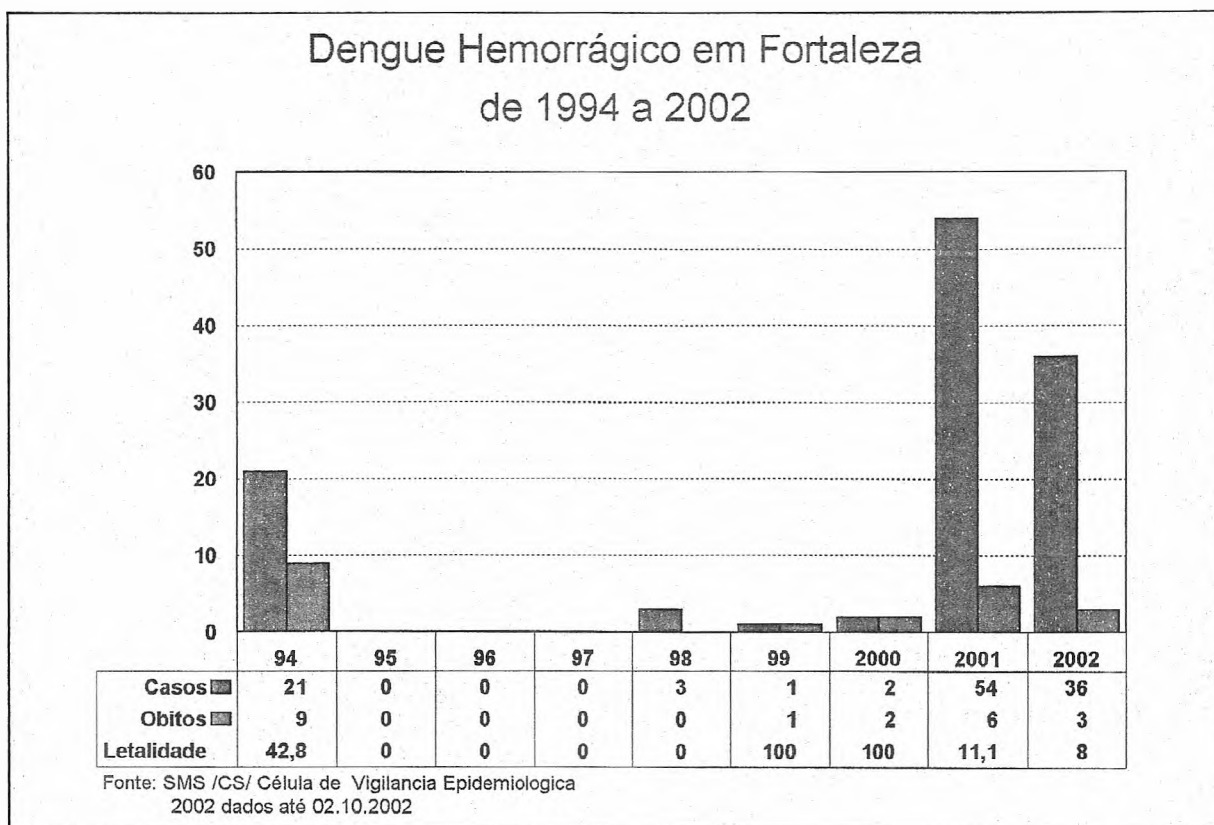
No Nordeste, o Estado do Ceará se destaca como uma das mais importantes áreas de transmissão do vírus da Dengue, ocupando o segundo lugar em transmissão da doença, perdendo apenas para a região Sudeste. A primeira epidemia de Dengue clássica ocorreu em 1986, com circulação do Sorotipo 1, atingindo diversos municípios, inclusive Fortaleza. A partir daí, foram notificados casos em todos os anos seguintes. Nos últimos 15 anos já foram notificados mais de 100.000 casos da doença na sua forma Clássica. A partir de 1994 começaram a surgir os primeiros casos de FHD no Estado que, sem tratamento adequado, pode levar o paciente a óbito. (VASCONCELOS et al., 1995; 1998; CUNHA et al., 1998).

No Ceará, segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado, (Ceará, 2001), até Setembro de 2001, haviam sido confirmados 26.504 casos, em números absolutos. Isto corresponde a uma incidência de 368,1 casos para cada 100 mil habitantes, distribuídos em 132 (71,73%) municípios. Um total de 59 casos da forma hemorrágica da Dengue foi registrado, com seis óbitos. No ano de 2001, ocorreu a transmissão em 95 (51,63%) municípios no mês de junho, em 76 (41,30%) em julho, em 67 (36,41%) em agosto e 36 (19,56%) em setembro. Do total de casos reportados no Estado, até setembro de 2001, 13.023 (49,1%) casos ocorreram em 109 (97,3%) bairros de Fortaleza. No início de 2002 aconteceu o isolamento do sorotipo DEN 3 do vírus da Dengue, que veio juntar-se aos sorotipos DEN 1 e DEN 2, até então, únicos responsáveis pelos casos da doença no estado. O DEN 3 já foi isolado, até o momento, em seis municípios do Ceará (CEARÁ, 2002).

O sorotipo DEN 1 foi introduzido em Fortaleza em 1986, mas já no ano seguinte a cidade experimentou sua primeira epidemia de dengue. Em 1994 foi introduzido o DEN 2, tendo ocorrido a maior epidemia de dengue da história da capital, com a ocorrência de 28.517 casos, época em que foram diagnosticados os primeiros casos de dengue hemorrágica. No segundo semestre de 1994 a epidemia ficou sob controle, permanecendo assim nos dois anos seguintes com o registro de 06 casos em 1995 e 30 casos em 1996. A partir de 1997 o número de casos voltou a se elevar e foram notificados 511, quadruplicando-se em 1998, com a confirmação de 2176. No ano seguinte, 1999, os casos triplicaram (7.001 casos) tendo, no ano subsequente, totalizado 9.510. No ano de 2001 foram confirmados 34.390 casos de dengue no estado do Ceará, tendo Fortaleza contribuído com 13.651, representando 39,69% do total de casos do estado, distribuídos em 97,03% dos bairros (Figura 1).



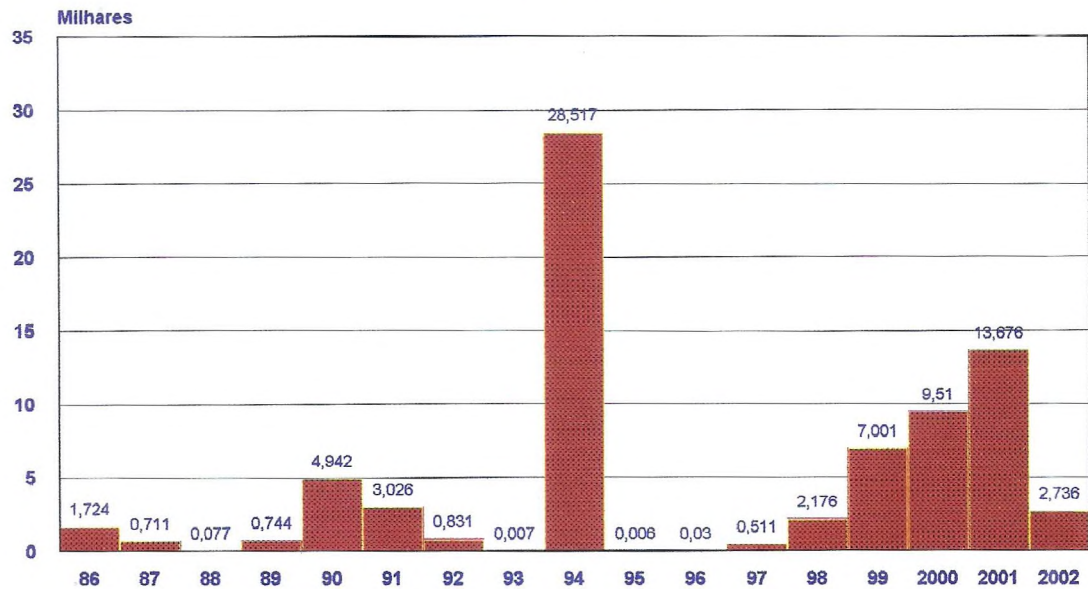
A dengue hemorrágica é identificada através de rígidos critérios estabelecidos pelo MS que, por sua vez, considera os padrões utilizados pela OMS. Dessa forma, durante o surgimento dos primeiros casos houve grande dificuldade de registrar todos os sinais e sintomas necessários para uma perfeita enumeração dos casos. Assim, durante o surto de 1994 que atingiu 28.000 indivíduos com dengue clássica, foram classificados 21 casos hemorrágicos com 9 evoluindo para óbito. Já em 2001, entre os 14.000 casos de dengue clássico, o sistema de captação e investigação de casos reconheceu 60 hemorrágicos, com 6 óbitos. Tais números permitem identificar uma evolução favorável da letalidade da dengue, variando de 21% em 1994 para 8% em 2002 (Figura 2).



Apesar das iniciativas do Governo para evitar o avanço do *Aedes aegypti*, esse vetor continua em plena expansão geográfica. Hoje, o *Aedes aegypti* se encontra presente em todos os estados brasileiros e ocorre transmissão da doença em todo o território nacional. O *Aedes aegypti*, vetor da Dengue, é encontrado na maioria dos municípios do estado do Ceará. Em Fortaleza, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, até 4/10/2001, foram encontrados focos do vetor em 76% dos bairros da cidade, sendo que destes, 74% tinham níveis de infestação superior a 5%, considerado muito elevado, pois o aceitável pela OMS é abaixo de 1% (CEARÁ, 2001).

A grande capacidade do *Aedes* de transmitir os vírus da dengue, entre outros fatores, depende em parte do fato deste culicídeo ser extremamente adaptado ao ambiente do domicílio humano e que qualquer tipo de utensílio ou objeto que possa acumular água pode ser um criadouro. Estudos como de Bezerra (1999), mostraram que a maior prevalência dos depósitos é no intradomicílio e que os principais criadouros são os de alvenaria, concreto e amianto. Com relação ao volume dos depósitos, a água ser límpida e o diâmetro da boca

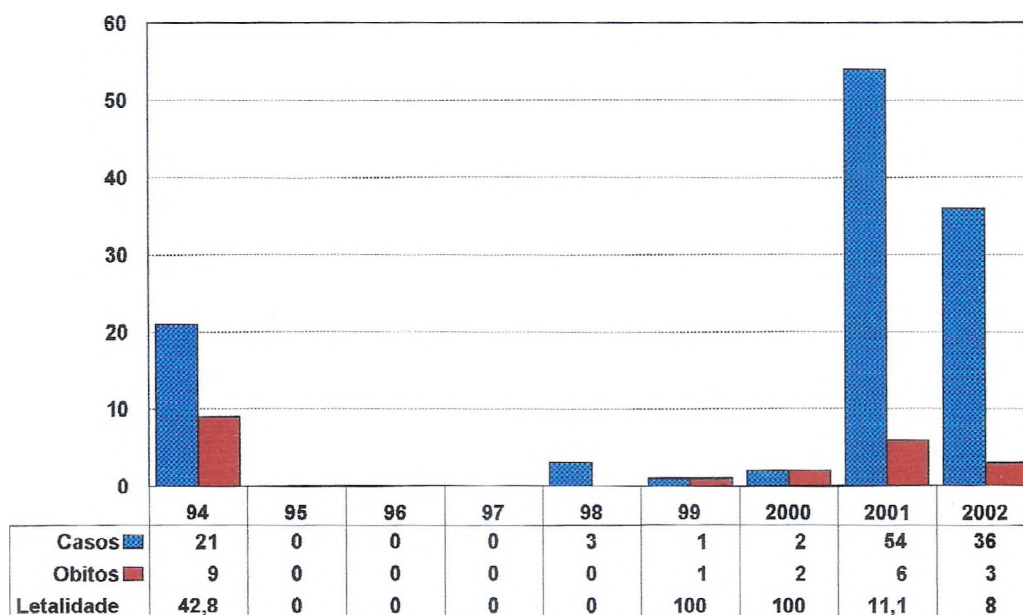
Dengue em Fortaleza de 1986 a 2002 Por Ano



Fonte: SMS/ COPS/ Célula de Vigilância Epidemiológica Dados até 30/08/2002.

A dengue hemorrágica é identificada através de rígidos critérios estabelecidos pelo MS que, por sua vez, considera os padrões utilizados pela OMS. Dessa forma, durante o surgimento dos primeiros casos houve grande dificuldade de registrar todos os sinais e sintomas necessários para uma perfeita enumeração dos casos. Assim, durante o surto de 1994 que atingiu 28.000 indivíduos com dengue clássica, foram classificados 21 casos hemorrágicos com 9 evoluindo para óbito. Já em 2001, entre os 14.000 casos de dengue clássico, o sistema de captação e investigação de casos reconheceu 60 hemorrágicos, com 6 óbitos. Tais números permitem identificar uma evolução favorável da letalidade da dengue, variando de 21% em 1994 para 8% em 2002 (Figura 2).

Dengue Hemorrágico em Fortaleza de 1994 a 2002



Fonte: SMS /CS/ Célula de Vigilância Epidemiológica
2002 dados até 02.10.2002

Apesar das iniciativas do Governo para evitar o avanço do *Aedes aegypti*, esse vetor continua em plena expansão geográfica. Hoje, o *Aedes aegypti* se encontra presente em todos os estados brasileiros e ocorre transmissão da doença em todo o território nacional. O *Aedes aegypti*, vetor da Dengue, é encontrado na maioria dos municípios do estado do Ceará. Em Fortaleza, de acordo com dados da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza, até 4/10/2001, foram encontrados focos do vetor em 76% dos bairros da cidade, sendo que destes, 74% tinham níveis de infestação superior a 5%, considerado muito elevado, pois o aceitável pela OMS é abaixo de 1% (CEARÁ, 2001).

A grande capacidade do *Aedes* de transmitir os vírus da dengue, entre outros fatores, depende em parte do fato deste culicídeo ser extremamente adaptado ao ambiente do domicílio humano e que qualquer tipo de utensílio ou objeto que possa acumular água pode ser um criadouro. Estudos como de Bezerra (1999), mostraram que a maior prevalência dos depósitos é no intradomicílio e que os principais criadouros são os de alvenaria, concreto e amianto. Com relação ao volume dos depósitos, a água ser límpida e o diâmetro da boca

menor que o diâmetro do corpo são fatores de risco para infestação dos depósitos pelo *Aedes aegypti*.

O controle do *Aedes aegypti* baseia-se fundamentalmente na aplicação de produtos químicos ou biológicos, por meio de tratamento focal, tratamento perifocal e da aspersão aeroespacial de inseticidas em ultrabaixo-volume (UBV). O tratamento focal consiste em aplicar um produto que seja larvicida em depósitos positivos, a fim de atingir as formas imaturas de mosquitos, quando estes depósitos não podem ser eliminados mecanicamente. Nos imóveis que apresentarem um ou mais depósitos positivos (com presença de formas imaturas), deverão ser tratados todos os depósitos com água que não possam ser eliminados. Os larvicidas utilizados pelo Programa de Controle da Dengue são o Temefós e o BTI e o Metoprene. Aprovados pela OMS (Organização Mundial de Saúde) para serem utilizados em água de consumo humano, pois possuem características de inocuidade para os mamíferos em geral e o homem. Os larvicidas são assim denominados porque se destinam a eliminar os mosquitos em sua fase larvária. O tratamento focal é realizado em recipientes que possam favorecer o desenvolvimento do mosquito desde a fase larvária até a fase adulta ou alada, nomeados como criadouros ou focos (Brasil, 2001).

No Brasil, as condições sócio-ambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti*, possibilitaram uma dispersão desse vetor, que desde sua re-introdução em 1976, não conseguiu ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados no combate às doenças transmitidas por vetores, em nosso país e no continente. Reconhecidamente, os programas centrados no combate químico, com baixíssima ou nenhuma participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico, têm sido incapazes de conter esse vetor com altíssima capacidade de adaptação ao novo ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos hábitos do ser humano. (BRASIL, 2002b).

Atualmente, vários países vêm desenvolvendo experiências de controle vetorial com envolvimento da comunidade. Hoje há um entendimento entre os pensadores dessa área, que são unânimes em afirmar que somente através da participação efetiva da população, os habitats da larva do *Aedes aegypti* presentes no ambiente domiciliar serão eliminados (GLUBER; CLARK, 1996). Entretanto, lembram que mudanças de comportamento que incidam sobre a transmissão da Dengue não são fáceis e nem ocorrem rapidamente. Requer o

entendimento de que meras prescrições não são determinantes de comportamento e que o comportamento dos indivíduos é influenciado por fatores culturais (GUBLER et. al., 1994).

1.2 Experiências de Controle de Dengue centrado no Ser Humano: Revisando a Literatura

Com o objetivo de avaliar o impacto da educação em saúde, e do envolvimento da população na mudança de comportamento frente ao problema da Dengue, nas últimas décadas tem sido realizado um número significativo de pesquisas abordando essas questões. Como exemplo, podendo citar: – Cuba, 1981; Porto Rico, 1984; Colômbia, 1985; Taiwan, 1988; Honduras, México e Panamá, 1990; República Dominicana, China e Tailândia, 1991; Brasil e Sirilanka, 1992; Austrália, 1994 (GUBLER et al., 1994; 1996).

Os estudos que versaram sobre conhecimentos, atitudes e práticas (CAP), demonstraram que após essas intervenções houve um aumento do nível de conhecimento das pessoas em relação à doença e as medidas preventivas. Entretanto, os resultados dessas pesquisas apresentaram consistência no que tange à discrepância entre conhecimento da doença, do vetor e das medidas de controle, bem como as práticas desenvolvidas para a eliminação dos criadouros do mosquito no ambiente doméstico (AYYAMANI et al., 1986; SWADDIWUFHDIPONG et al., 1992; LEONTISINI et al., 1993; ROSEMBAUM et al., 1995).

Leonstesini (1998), desenvolveu um estudo em Progreso – Honduras, para saber se um programa de controle da Dengue, baseado na participação da comunidade, desde o planejamento até a implementação das ações poderia produzir uma sensível redução nos níveis de infestação do *Aedes aegypti*. Após a intervenção, foi observado que o número de depósitos positivos foi praticamente igual ao do ano anterior antes da intervenção (grupo de intervenção).

Em estudo realizado em Trinidad e Tobago, Rosembaum et al. (1995), constatou que os mosquitos foram relacionados como a principal praga doméstica, entretanto eles eram

percebidos muito mais como incômodo do que como ameaça à saúde. Nesse estudo, não foi encontrada nenhuma associação entre a experiência pessoal com a doença e a ausência de depósitos positivos no domicílio.

Swaddiwudhipong et al. (1992), ao desenvolver um estudo no norte da Tailândia, relata que além da maioria dos entrevistados conhecerem o que é a doença, a sua transmissão pelo *Aedes*, eles ainda tem a capacidade de reconhecer e nomear os lugares mais comuns de reprodução do vetor dentro de casa. Além do seu conhecimento sobre práticas de controle do vetor eles se consideram responsáveis pelo programa de controle (90,4% dos entrevistados consideraram ser eles mesmos o primeiro responsável). O estudo indicou ainda, que o pessoal da saúde desempenha um papel importante na disseminação de informações e de métodos preventivos para as pessoas da comunidade e que os meios de comunicação de massa como o rádio e a televisão foram efetivos para levar informações a população.

Os resultados desses estudos sugerem que o conhecimento sobre a Dengue, o vetor e as medidas de prevenção não implicam, necessariamente, em mudança de comportamento em relação às práticas adotadas no ambiente doméstico quanto ao controle dos locais de reprodução do *Aedes aegypti*. A partir de pesquisas como estas, fica claro que o objetivo principal dessas ações de controle, que é a redução das fontes de infestação baseadas na participação da comunidade não tem sido alcançado. Entretanto, Gubler e Clark (1991), fazendo uma revisão sobre o controle do aedes com envolvimento da população identificou que em vários locais do mundo, essa estratégia vem sendo utilizada com sucesso, citando como exemplo de experiências bem sucedidas nessa área, com alcance significativo de redução das fontes de reprodução do Aedes e da transmissão da dengue Porto Rico (1985); República Dominicana do Líbano (1991); Panamá (1990); México, (1989) e Colômbia, (1985 – 1992).

Gordon et al. (1987), durante a realização de uma pesquisa comportamental, constatou que fatores tais como: percepção de risco, opções de cura, cuidados preventivos e modelos explicativos para os riscos ambientais, influenciam o processo educativo sobre o Dengue e o seu vetor. Afirmando ainda que tais fatores contribuem também para motivar as mudanças de comportamento com relação ao manejo dos possíveis criadouros do mosquito no ambiente domiciliar. Para Gubler et. al., (1991) a participação da comunidade depende de uma efetiva comunicação com o público. Este público é bastante heterogêneo em termos de

suas bases sócio - econômicas e etnoculturais. Isso faz com que as diferentes camadas sociais nele representadas tenham percepções e conhecimentos distintos sobre o perigo e a consequência da doença; como ela se sente diante do problema e da sua responsabilidade em relação às medidas efetivas de prevenção.

Dessa forma, os autores sugerem que todas as ações de controle da Dengue, baseadas na participação da comunidade devem levar em conta aspectos relativos, não só ao conhecimento de cada seguimento da população com relação a este grave problema de saúde pública, mas principalmente deve procurar compreender como fatores socioculturais podem influenciar a participação social no controle da Dengue. Portanto, se, o que se deseja é inserir o ser humano no controle da doença, é preciso se investir cada vez na educação em saúde, na participação social e na mudança de comportamento humano, para o alcance de um controle sustentável do *Aedes aegypti* e para a prevenção da Dengue. Entretanto, mudanças de comportamentos que incidam sobre a transmissão da Dengue não são fáceis e nem ocorrem rapidamente. Requer o entendimento de que meras prescrições não são determinantes de comportamento e que o comportamento dos indivíduos é influenciado por fatores culturais (GUBLER et al., 1994; WINCH et al., 1991; NATHAN et. al., (1991).

Podemos perceber, assim, que a participação da comunidade parece se adequar muito bem no discurso das instituições responsáveis pelo controle da Dengue em situação nas quais as ações biológicas não resolvem o problema, ou quando os recursos econômicos não são suficientes para implementar outras medidas (WINCH et al., 1991). Nesse caso, a participação comunitária é considerada uma ferramenta para minimizar investimentos (socorro) ou ajuda para ampliar os serviços obrigatórios, direta ou indiretamente, pelos beneficiários deles mesmos.

1.3 Caminhos e Descaminhos da Prática Educativa nos Serviços de Saúde Pública no Brasil: Recortes Históricos

A prática educativa nos serviços de saúde tem suas bases doutrinárias pautadas na concepção higienista, presente no final do século XVIII. Tal concepção foi difundida através de intervenções de caráter fiscal e de polícia médica, sobre os indivíduos, em que o Estado era o responsável e regulador da saúde da coletividade por meio de normas jurídico-legais.

No século XIX, a revolução industrial foi responsável por mudanças significativas na emergente classe trabalhadora, no contexto dos movimentos sociais da Inglaterra, França e Alemanha. Ela impôs à saúde, o pressuposto de que a medicina é política aplicada no campo da saúde individual, e a política nada mais é que a medicina no âmbito social, curando-se os males da sociedade (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nessa perspectiva, era responsabilidade do médico o policiamento das ações higienistas, a cura e o controle das doenças, além da incumbência de conduzir propostas de reformas do setor saúde e de transmitir informações sobre normas e valores, que deveriam ser aceitos e postos em prática pela sociedade (OLIVEIRA, 1997).

Na visão higienista, a responsabilidade pela existência de doenças é atribuída às classes populares. A situação de miséria em que viviam e as más condições de vida eram decorrentes da falta de higiene e da forma imoral e desordenada como vivia essa parcela da população. Segundo Terris (1992), em 1820, na Escócia, um professor de Jurisprudência Médica, já descrevia a estreita associação entre a pobreza e a doença, e colocava que para acabar com as doenças era necessário atacar as causas da pobreza e que o “remédio recomendado” consistia em prosperidade, educação e liberdade, que só podem desenvolver-se numa democracia plena e ilimitada.

Com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública em 1920, o Brasil inaugura a prática educativa no âmbito das instituições governamentais de saúde. Assume também o compromisso de introduzir em sua rotina de ações técnicas a propaganda e a educação sanitária, contrariando o discurso puramente fiscal e policial até então predominante (CANDEIAS, 1996).

A prática pedagógica da educação em saúde, no início do Século XX era a de ensinar hábitos sadios de higiene à população pobre, na perspectiva de que saúde pode ser ensinada. Essas intervenções tinham um caráter moralista e sua finalidade era no sentido de domesticar o proletariado emergente no Brasil (CANESQUI, 1986; OLIVEIRA, 1997).

A partir dos anos 30, sob o estado Novo de Getúlio Vargas, a política de saúde do país incorpora em sua proposta os princípios eugenistas. O Eugenismo defendia a preservação de uma raça limpa, controlando problemas como taras, doenças herdadas das camadas subalternas da população e dos imigrantes. Uma das medidas adotadas nos postos de saúde no que se refere a educação em saúde, foi a esterilização dos portadores de doenças contagiosas, naquela época (CANESQUI, 1986). Assim, mais uma vez as camadas populares são submetidas a um processo de discriminação e ao mesmo tempo responsabilizadas pelos seus problemas de saúde.

Canesqui (1986, p. 317) expressa seu pensamento em relação àquela época citando que:

A saúde combinava estratégias educativas frente às camadas subalternas, o eugenismo e a higiene, embora idéias sanitaristas liberais se esboçassem ao lado do movimento Escola Nova, reivindicando a garantia dos direitos pela saúde e educação pública.

Entre as décadas de 30 e 50, as ações de educação em saúde são centradas numa proposta pedagógica de caráter renovador, que defendia a superação dos obstáculos culturais e psicossociais, e as inovações tecnológicas de combate às doenças. Esse modelo foi influenciado pelo movimento da Escola Nova, que surgiu como uma crítica ao modelo tradicional de educação do século passado. Nessa concepção pedagógica, o aluno começa a se tornar sujeito do ato educativo e o professor passa a ter o papel de incentivar e orientar o processo de aprendizagem (SAVIANI, 1987).

Um exemplo dessa visão modernizada no campo da saúde pública, citado por Canesqui (1986) é a criação do Serviço Especial de Saúde Pública, criado no Brasil em 1942, durante a 2ª Guerra Mundial, para prestar atendimento médico - assistencial nas áreas estratégicas de exploração da borracha e minérios. Essa concepção modernizada traz

implícita uma proposta pedagógica sofisticada em seus recursos audiovisuais, associadas com noções educativas renovadoras de crenças e valores sobre cuidados com crianças capazes de racionalizar bons hábitos de saúde.

O SESP "incorporava grupos e comunidades, concebendo estas últimas como agregados ecogeográficos, cujos componentes (populações) deveriam promover ações cooperativas com os agentes de saúde, "participando" das ações de saúde através da sua mobilização e responsabilidade para com os serviços de saúde que se implantavam nas zonas rurais e periferias urbanas numa perspectiva localista (CANESQUI, 1986, p. 318).

É possível perceber nesta proposta que a participação da comunidade é historicamente definida como componente importante no controle de doenças e agravos, e que seu significado se dá no sentido de incorporar os indivíduos em ações previamente definidas. Cabe à população, portanto, a responsabilidade de assumir comportamentos saudáveis, que incidam sobre seu estado de saúde. Apesar do discurso inovador, com a introdução de novas técnicas de difusão de informações e convencimento, a população continua sendo vista como passiva e incapaz de iniciativas próprias.

Com a criação do Ministério da Saúde em 1953, o Estado centraliza o Setor Saúde. A ação estatal se concentra na construção do sistema previdenciário, destinado aos trabalhadores mais organizados. As ações de saúde, não fazendo parte das prioridades políticas estatais, sofrem uma redução significativa em seu orçamento, em decorrência das reformas administrativas imprimidas pelo Estado. Segundo Canesqui (1986, p. 319), com sustentação no pensamento de Braga – essas reformas resumiam-se em: racionalização e institucionalização das campanhas sanitárias.

Nesse momento, surge o sanitarismo que reforça a ação estatal sobre setores da população, como os pobres e excluídos, a partir da adoção de tecnologias e de princípios racionais de organização de serviços. Nessa concepção sanitarista, a prática pedagógica tinha um caráter propagandista e episódico, sendo fortemente influenciada pela perspectiva campanhista das instituições de saúde. Essa prática era pautada na expansão de medidas profiláticas como saneamento, imunização e controle de vetores (CANESQUI, 1986; OLIVEIRA, 1997).

Do final do governo de Vargas, até a posse de Juscelino, predominou o pensamento desenvolvimentista da economia. O Governo de Juscelino foi marcado por esse pensamento. Na área da saúde, ocorreu uma expansão dos serviços médicos privados, com a priorização do modelo médico-hospitalar privado e a previdência social centralizada, dirigida para as camadas trabalhadoras urbanas (CANESQUI, 1986). Nesse período houve o desmembramento do Ministério da Saúde e da Educação, até então agregados em um único ministério.

No início dos anos 60, chega ao Brasil o modelo de assistência à saúde denominado preventivismo. Um exemplo desse modelo é expresso pelo movimento da saúde comunitária. Esse movimento era centrado na visão simplificada dos cuidados de saúde para as populações, conjugando a organização e a participação das comunidades com ênfase nas medidas de autocuidado de higiene e ações familiares. As universidades tiveram um papel fundamental à frente desse movimento, na formação de equipes multiprofissionais para atender as demandas de saúde.

Na efervescência dos anos 60 vários movimentos são demandados, principalmente pelos contingentes populacionais das classes menos favorecida, como o campesinato e o proletariado urbano. Esses movimentos visavam a reivindicação de direitos e de luta por mudanças estruturais na realidade brasileira. Paralelamente, surge uma ampla mobilização envolvendo estudantes, professores e intelectuais que lutavam por reformas de base que pudessem propiciar melhores condições de vida às classes subalternas, fortalecendo, assim, o movimento das classes trabalhadoras (AMMANN, 1992).

É nessa perspectiva que nasce o Movimento de Educação de Base (MEB), a partir de uma experiência de alfabetização através do rádio, da arquidiocese de Natal. O MEB era um movimento liderado por intelectuais ligados às classes populares e tinha como finalidade o desenvolvimento das comunidades, atuando nas áreas de educação, cultura popular e organização sindical.

Um marco importante dessa época foi o surgimento do Método Paulo Freire, uma proposta de alfabetização de adultos dirigida para as classes populares. As idéias de Freire surgem como um questionamento aos métodos tradicionais de alfabetização, e propõe uma pedagogia libertadora (FREIRE, 1987).

A partir da segunda metade desse século a explicação e a análise do processo saúde-doença passa por um aprimoramento. O planejamento das ações de saúde passa a ser elaborado, incorporando o discurso da participação da comunidade e de informações epidemiológicas para apoiar a definição de normas, metas e prioridades a serem alcançadas em saúde (PITTA, 1995).

As experiências de educação em saúde desenvolvidas nesse período tratam de uma dimensão racionalizadora do planejamento participativo, que busca responder por uma certa resistência dos indivíduos para se ajustar às prescrições sanitárias previamente definidas pelas instituições de saúde pública, condição essencial para integração do indivíduo à uma nova ordem social (PITTA, 1996).

Coerente com o pensamento de Pitta (1996), constata – se aqui uma preocupação dos planejadores da área de educação em saúde em - “adequar as mensagens de saúde à população alvo” - como uma forma de transferir conhecimentos ou propor modelos de comportamento a indivíduos ou grupos de indivíduos, visando supostas mudanças em seus hábitos e a adoção de práticas que incidam na promoção e manutenção da saúde. Uma outra preocupação presente nesse momento se refere à relação vertical que se estabelece entre os profissionais de saúde e a população.

A verticalidade presente nesse processo aponta para o surgimento de movimentos pedagógicos mais críticos, suscitando o pensamento pedagógico de Paulo Freire, principal expressão da década de 60 (PITTA, 1996).

Freire (1987), denomina de “educação bancária” todo processo educativo que privilegia a transmissão de conteúdos aos indivíduos sem qualquer relação com a realidade social na qual o indivíduo esta inserida. Como forma de superar os limites impostos pela educação bancária, Freire propõe a educação problematizadora na formação de uma consciência crítica, tornando a educação um ato de conhecimento que se dá numa relação de diálogo entre iguais.

Apesar das discussões no campo teórico conceitual, a década de 70 culminou com a consolidação de um modelo médico-assistencial fortalecendo o complexo médico empresarial no qual a iniciativa privada passa a vender saúde à população, tendo como

suporte a ideologia de consumo, com ampla utilização dos meios de comunicação de massa (PITTA, 1996).

As campanhas deflagradas pelas instituições de saúde pública nessa época fazem reaparecer as idéias preventivistas, predominantes na década de 60. As experiências de educação em saúde daquela época dão ênfase à questão da participação e da mobilização comunitária.

Ainda na década de 70 registra-se a criação da Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - SUCAM, resultante da fusão do Departamento Nacional de Controle de Endemias Rurais (DNERU), da Campanha de Erradicação da Malária (CEM) e da Campanha de Erradicação da Varíola (CEV). A SUCAM tinha como atribuição, a execução das atividades de erradicação e de controle de endemias, através de ações operacionais, principalmente com uso de inseticidas e de ações educativas, vistas como apropriadas para incentivar a participação e a mobilização comunitária.

A década de 80 foi marcada pelos efervescentes discursos da saúde enquanto direito do cidadão e dever do estado, representando, assim, uma conquista no campo político e jurídico - legal. Nessa época acontece a VIII Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e a Promulgação da Constituição, em 1988, acontecimentos políticos importantes, que marcaram uma nova concepção de saúde e propiciaram uma visão crítica do tema (PITTA, 1996).

A partir dessa nova concepção de saúde, surge no país uma maior preocupação com as questões sociais. Começam a se firmar os primeiros acordos internacionais seguindo orientações da Declaração de Alma Ata. Realizada em 1978, marco importante do movimento "Saúde para todos no Ano 2000" - deflagrado na Assembléia Mundial de Saúde (1977) - dando uma nova direção as Políticas de Saúde, enfatizando a participação comunitária, a cooperação entre os diferentes setores da sociedade e os cuidados primários de saúde como seus fundamentos conceituais (BRASIL, 1996).

Mediante o aumento das expectativas por uma nova saúde pública, após a Conferência de Alma Ata, começam a surgir diversos movimentos no mundo inteiro. Assim, em 1986, é realizada em Ottawa, no Canadá, a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, definindo como estratégias fundamentais: políticas públicas saudáveis,

ambientes favoráveis, reforço na atuação da comunidade, e reordenação dos serviços de saúde (BRASIL, 1996).

A partir de Ottawa, o paradigma da Promoção da Saúde, ganha consenso em diversos países e é reforçado nas sucessivas conferências de Adelaide, na Austrália em 1988 e de Sudsvall, na Suécia 1991, e os princípios da relação entre saúde e ambiente nas dimensões física, social, econômica, política e cultural foram acrescidos como fundamentos das ações de promoção da saúde.

Desse paradigma decorrem importantes estratégias dentre as quais, “a necessidade de uma ação coordenada entre governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídia”, além de adaptar esses programas às realidades locais, considerando diferenças sociais, culturais e econômicas (BRASIL, 1996).

Outra estratégia explicitada pelo paradigma da promoção da saúde é o de reforçar a ação comunitária. Esta estratégia privilegia o desenvolvimento de ações intersetoriais e de promoção da saúde, objetivando e permitindo uma maior participação da comunidade na formulação de políticas saudáveis.

A Carta de Ottawa, 1986, identifica na participação da comunidade um campo de ação para a promoção da saúde, conceituando promoção da saúde como *um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo* (BRASIL, 1986).

A partir dessas Conferências, torna-se evidente uma ampliação no entendimento do processo saúde/doença, que ultrapassa os limites da visão estritamente sanitária e o reconhecimento do dever do Estado de prover os mecanismos necessários para proporcionar uma melhor qualidade de vida aos seus cidadãos.

No contexto brasileiro, o relatório final da VIII Conferência de Saúde indica como um dos pressupostos do direito à saúde à Educação e Informação plenas, participação da população, gestão e controle dos serviços e ações de saúde; direito à liberdade, à livre organização e expressão... (PITTA, 1996).

Os documentos oficiais que tratam da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecem na educação em saúde uma estratégia imprescindível para o desenvolvimento de uma política de promoção da saúde, conforme explicitado a seguir:

A educação em saúde deve ser considerada como um dos espaços de intervenção estratégica para a política de saúde e área que perpassa toda a estrutura organizacional dos serviços, articulando – se com a informação, a comunicação e a epidemiologia (BRASIL, 1993).

Ações de comunicação e educação em saúde compõem, também, obrigatória e permanentemente, os campos de atenção á saúde, distinguindo – se por sua interpenetrabilidade no conjunto de atividades de assistência, intervenções ambientais e políticas extra-setoriais (BRASIL, 1996b).

Portanto, a educação em saúde passa a atuar no campo de ação da promoção da saúde, conquistando patamares de significativa expressão, garantindo sua importância no plano legal e institucional. Podemos observar, ainda, que a educação em saúde ultrapassa o campo das práticas tradicionalmente definidas como sanitárias e incidem no campo das práticas sociais e políticas.

Podemos identificar na literatura, duas posições distintas em relação ao fenômeno saúde/doença, que incidem sobre as práticas da educação em saúde. De um lado, o modelo biomédico centrado na visão mecanicista da ciência cartesiana newtoniana, que restringe a saúde a um funcionamento mecânico do corpo e perde de vista o paciente como ser humano. Esse modelo exclui a visão sistêmica da saúde e o fenômeno da “cura das doenças” - que envolve vários aspectos das relações do homem com o seu contexto físico, social, psicológico e cultural. E a incorporação de tais fenômenos só será possível na superação do conceito de saúde e doença presente nessa concepção (CAPRA, 1982).

Por outro lado, é perceptível que a partir de Ottawa o conceito de saúde é ampliado, transcendendo a visão puramente biomédica. Ao mesmo tempo em que a atual concepção de abordagem do processo saúde - doença é a promoção da saúde, a educação começa a ser entendida como uma prática social. Sendo papel da educação atuar como agente de mudança que favoreça transformações nas atitudes e condutas da população e de seus dirigentes (BRASIL, 1996).

Portanto, deve a educação em saúde representar uma força capaz de imprimir maior eficácia e efetividade das ações de promoção da saúde bem como propiciar uma maior integração entre as instituições, os profissionais e a comunidade.

Esta concepção nos permite compreender que as intervenções na área da saúde não devem ser dirigidas e restritas à doença, privilegiando apenas a visão biomédica. E que também a ênfase não pode ser centrada na prevenção da doença. Ao contrário, as ações educativas devem ser centradas numa perspectiva proativa da vida humana, ou seja, o foco a ser considerado deve ser a saúde e não a doença, conforme explicitado no conceito de promoção da saúde.

Para evitar possíveis distorções entre o conceito de educação em saúde e promoção em saúde, Candeias (1997, p. 210), assegura a necessidade de se conhecer os diferentes significados dos conceitos envolvidos e fundamentando-se nas definições defendidas por Green e Kreuter, cita :

(...) entende-se por educação em saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde.

(...) define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde (...).

Pilon (1986), destaca que o papel da Educação em Saúde é propiciar no homem o desenvolvimento de suas capacidades para mudar estilos de vida, de forma cooperativa, com todos assumindo suas responsabilidades. Para tanto, devem ser considerados os projetos de vida individuais e coletivos dos indivíduos, suas percepções, conhecimentos e habilidades que variam entre grupos e indivíduos. Portanto, a relação educativa é definida e vivenciada por diferentes grupos populacionais, refletindo valores e realidades históricas e sócio-cultural.

Partindo das idéias discutidas nesta revisão, procuramos compreender a partir da experiência pessoal da pesquisadora, ao longo de quase duas décadas atuando na área de Educação em Saúde no controle da Dengue em Fortaleza, o contexto das atuais práticas educativas do Programa de Controle do *Aedes aegypti* e da Dengue.

1.4 O Papel da Educação em Saúde no Controle da Dengue em Fortaleza

Historicamente, a ação de prevenção das doenças e de preservação e promoção da saúde, têm sido pautadas na educação em saúde, utilizando estratégias para veiculação de informações, na perspectiva de uma suposta participação da comunidade nesse processo que resulte em mudança de comportamento (REZENDE, 1989).

Nas últimas décadas, os discursos políticos oficiais e as propostas das instituições públicas que lidam com questões sociais têm dado ênfase ao termo **participação**, e sua interpretação se dá em múltiplas dimensões. Segundo Baptista (1987), não existe um consenso em relação a sua definição, o seu significado torna-se cada vez mais obscuro. Para a autora, essa falta de consenso quanto ao seu significado, tem origem no fato de ser a participação uma “categoria complexa e transitiva”. Tomando como referência o sentido etimológico da palavra, a participação pode ser definida como: “um processo físico e/ou mental de tomar parte em algo, ou seja: um processo que só adquire sentido quando explicita o objeto sobre o qual a ação se faz: é o predicado que lhe vai dar a dimensão e o âmbito-participação social, participação em programas, participação comunitária, etc (BAPTISTA, 1987)”.

A participação da comunidade nos Programas de Saúde pode ser entendida a partir de dois enfoques: um que vê a participação como um processo democratizador da sociedade, e outro que a define como um meio para alcançar as metas de um programa. No caso específico da Dengue, a participação se situa na segunda posição, ou seja, a participação vem sendo entendida como processo capaz de criar nas pessoas uma prontidão no sentido de mudança de comportamento em relação aos locais onde o mosquito pode procriar (potenciais criadouros do *Aedes aegypti*).

A nossa experiência com a questão aponta que sua interpretação se dá no sentido de incorporação dos indivíduos numa dada atividade planejada e executada no âmbito institucional, sem levar em conta a visão prévia das pessoas acerca do fenômeno em questão.

A principal característica das ações educativas desencadeadas no âmbito das instituições de saúde responsáveis pelo controle da Dengue em Fortaleza é repassar para a

população conhecimentos pré-estabelecidos como ideal, sobre a doença, e medidas de prevenção e o controle da Dengue. A premissa básica deste tipo de estratégia é a de que a população uma vez informada vai mudar o seu comportamento de risco, passando a adotar em seu ambiente doméstico, práticas de eliminação ou diminuição dos locais de reprodução do *Aedes aegypti* presentes no ambiente domiciliar (CHIARAVALLOTI NETO et al., 1998). Estas ações educativas têm um caráter pontual, e ocorrem com maior frequências em momentos de epidemia ou de elevação dos índices de infestação predial pelo *Aedes aegypti* (DIAS, 1998).

Apesar da tentativa de se congregarem propostas educativas de cunho participativo as ações verticalizadas do programa de controle, é referido pelo discurso institucional uma aparente passividade da população diante do problema. Diante desse discurso, e da nossa inquietação com a questão, emergiu a idéia de realização desse estudo. Para compreender e explicar essa suposta falta de participação social no controle da Dengue em Fortaleza, partimos de duas indagações:

- Será que essa aparente passividade da população representa um tipo de resposta, uma resistência – quer deliberada ou mesmo inconsciente – à forma e significado da sua participação?
- Será que essa atitude de indiferença da população não parte de concepções, entendimentos, visões, crenças, sentimentos, ou seja, modelos explicativos diferentes dos técnicos?

De acordo com Kleinman (1988), somente podemos esperar a participação ou engajamento de pacientes (ou usuários do sistema de saúde), ouvindo as suas narrativas, ou seja, a sua história, experiências e sentimentos sobre a doença. É preciso compreender profundamente como o ser humano lida com o sofrimento, as angústias e as perdas diante da doença; reconhecer o vasto saber popular sobre o problema; entender como a população compreende e dá sentido à doença, e como interpreta os significados associados à busca de terapias para se curar. Esse entendimento subjetivo (chamada *illness*) é o ponto de partida para uma negociação efetiva com o modelo explicativo biomédico da doença (chamada *disease*).

Partindo do pressuposto de que o conhecimento da comunidade é não somente relevante, mas essencial, para garantir um controle sustentável do vetor com uma participação efetiva procuramos legitimar o saber local da população de Fortaleza frente ao controle da Dengue. Na perspectiva metodológica da antropologia médica resgatamos, a partir da experiência vivida com a doença, valores e crenças contidos na maneira de pensar e agir dos indivíduos sobre a Dengue.

Esperamos que com esse olhar antropológico, contribua para uma mudança no paradigma dominante no discurso institucional, de uma “população passiva”, numa visão mais humana e generosa onde o sujeito em seu “saber local” seja valorizado e as suas aptidões, habilidades e competências culturais sejam despertadas para o autocuidado. Dessa forma, pretendemos, ainda que teoricamente, ir muito além do “combate” ao vetor *Aedes aegypti*, propondo um novo enfoque do controle da Dengue centrado no ser humano, fortalecendo-o na sua forma de agir diante da situação de Dengue em Fortaleza. É expectativa que a partir deste estudo as instituições possam construir uma nova dimensão articulada e mediada por estratégias cientificamente estabelecidas, superando a prática historicamente centrada em concepções biomédica e positivista.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Compreender e analisar como se dá o processo de participação social no controle da Dengue, a partir do estudo das concepções, valores, crenças, atitudes e modelos explicativos da população e dos servidores envolvidos com as ações de controle do *Aedes aegypti* e da Dengue em Fortaleza, e simultaneamente, apontar as competências culturais do povo que podem ser valorizadas para uma participação mais efetiva da população.

2.2 Específicos

- Resgatar os significados da experiência vivida com a Dengue para grupos populacionais de Fortaleza;
- Identificar e descrever estratégias de enfrentamento da Dengue, codificadas no “saber local” ou popular de Fortaleza.
- Identificar e descrever fatores humanos de ordem cognitiva (atitudes, conceitos, sentimentos, significados etc.) e estrutural (contexto sócio/econômico/político) que podem interferir na participação da comunidade para o controle da Dengue em Fortaleza;
- Captar e analisar, comparativamente, os modelos explicativos populares e biomédico, identificando diferentes interpretações, significados e atitudes de grupos populacionais e de servidores diante do controle da Dengue.

3 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

3.1 Metodologias Qualitativas da Antropologia Médica

O presente estudo está centralizado na área da antropologia médica, dentro da abordagem interpretativa do processo saúde-doença. Para ir além dos aspectos quantitativos dos estudos revisados na fase inicial dessa pesquisa, a metodologia qualitativa foi utilizada para analisar como se dá à participação da população no controle da Dengue em Fortaleza. Partindo do estudo das concepções, crenças, valores e atitudes dos atores envolvidos nesta pesquisa, buscamos identificar os fatores sociais e culturais que podem promover ou incentivar o controle da Dengue, centrado não somente na população, mas também nos profissionais das instituições envolvidas com as ações de controle da endemia.

Na revisão teórica da pesquisa ficou demonstrado que o nível de conhecimento da população sobre Dengue e a sua relação com as práticas preventivas podem ser facilmente demonstrados utilizando-se métodos quantitativos, como por exemplo, os estudos de CAP, como sugere GUBLER et al., (1994). Entretanto, como reconhece Ayyamani (1986) essa perspectiva deixa lacunas e tem limitações, em relação aos significados subjetivos contidos na maneira de pensar e agir dos indivíduos. Para a autora o método quantitativo utilizado nesses estudos não é exatamente o mais adequado, quando o que se deseja investigar ultrapassa a dimensão do quantificável. Essa abordagem não capta a complexidade humana na sua íntegra quando o que se busca é a compreensão de dimensões profundas e significativas que não se prendem a variáveis (ALVES, 1991; UCHOA; VIDAL, 1994).

Segundo Uchoa e Vidal (1994, p. 48) a perspectiva qualitativa é usada para identificar e analisar como os fatores sociais e culturais influenciam as diferentes formas de pensar e agir dos indivíduos frente à saúde e à doença. A incorporação da dimensão cultural permite uma ampliação do contexto considerado na apreensão das diferentes visões sobre o processo saúde-doença.

Com a utilização desse instrumental metodológico procuramos apontar caminhos para que as instituições de saúde responsáveis pelo Programa de Controle da Dengue em Fortaleza possam incorporar valores sociais e culturais da população na construção de uma proposta que privilegie a experiência vivida pelos indivíduos e a competência do ser humano para o autocuidado. Procura-se, portanto, uma aproximação entre os modelos explicativos: biomédico-institucional e popular para incentivar uma verdadeira participação social no controle da Dengue em Fortaleza.

De acordo com Uchoa (1997), o conceito de modelo explicativo foi desenvolvido por Kleinman (1980), para sistematizar o estudo dos modelos utilizados por diferentes categorias de pessoas para lidar com eventos de doença. O autor enfatiza a diversidade de modelos que podem existir dentro de um grupo de pessoas pertencentes a uma mesma categoria; a articulação entre o universo social e cultural e que a experiência vivida com a doença influencia a elaboração de modelos deferentes dos profissionais. A diversidade apresentada por este quadro conceitual irá permitir comparar os modelos explicativos profissionais e populares bem como analisar pontos contraditórios e concordantes entre o pensamento médico e os modelos culturalmente construídos.

3.2 Local do Estudo

O local de realização do presente estudo foi a cidade de Fortaleza. Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção. Dessa forma foi rebatizado o forte Holandês de Schoonenboch, quando os portugueses o conquistaram de seus fundadores, em 1654. Em 1823, criadas as províncias em substituição às capitanias pela 18ª Assembléia Constituinte Brasileira, Fortaleza foi elevada à categoria de cidade da província. A cidade iniciava, como capital, os primeiros passos para se tornar local de ativo comércio. Sua privilegiada localização junto ao mar facilitava as relações de troca, ampliando sua importância regional.

A capital do Estado do Ceará, com seu clima quente e tropical, figura como uma das principais e uma das mais belas cidades da Região Nordeste. Nessa metrópole privilegiada com lindas praias e dias ensolarados, vivem quase dois milhões de pessoas

cercadas não apenas pelos morros e serras presentes em sua paisagem natural, mas também onde se constatam contradições e conflitos sociais.

Em Fortaleza vivem 28% da população do Ceará e tem sua economia baseada nos setores secundário e terciário, concentrando-se em serviços (43,69%) e comércio (24,01%). A população economicamente ativa é de 46,27%, mas só 42% estão realmente empregados. A nível industrial, Fortaleza, tem 3.953 indústrias distribuídas nos setores da construção civil, extração mineral, de utilidade pública e de transformação (85% das indústrias da cidade, em que se destaca o têxtil, o vestuário e o calçado). Na indústria de alimentos, 434 empresas dedicam-se essencialmente à castanha de caju, às frutas tropicais para exportação e à produção de sucos e doces.

Outros segmentos importantes da economia do município são o mobiliário, metalúrgico, químico e de perfumaria, sabão e velas. Tem ainda 835 estabelecimentos agro-industriais. Os produtos agrícolas mais cultivados são o coco, a cana de açúcar, a acerola, a manga, o caju, a banana, a típica mandioca e o feijão. Na pecuária, destaca-se a avicultura, a suinocultura está em segundo lugar e depois a pecuária bovina que garante uma produção de mais de 10 milhões de litros de leite por ano.

No setor de serviços, o turismo é o que mais cresce na cidade. Apesar de Fortaleza ser desde sempre conhecida pela sua beleza natural, só em 1995 é que começou a desenvolver o turismo de uma maneira mais significativa. O turismo aumentou em média, no período de 1995 a 1999, 16,5% por ano, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Turismo.

Segundo dados da Prefeitura Municipal, em 2001, 1,6 milhão de turistas partiram à descoberta de Fortaleza. Um empreendimento que beneficia a indústria hoteleira, a restauração, os transportes e todas as empresas ligadas ao entretenimento e temos ainda os artesãos que vendem recordações aos turistas. O turismo é para Fortaleza um dos maiores geradores de emprego e de riqueza. Para além do que o centro da cidade oferece tem mais de dez centros comerciais: são 31.595 estabelecimentos comerciais que vendem produtos artesanais em palha, renda de bilro, talhas em madeira, toalhas de labirinto e filó, cerâmica e bordados à mão; até aos mais modernos artigos eletrônicos nacionais e internacionais, distribuídos em pontos estratégicos como Avenida Beira mar, das boas e recomendadas

caminhadas matinais ou vespertinas, a Avenida Monsenhor Tabosa, EMCETUR (Empresa Cearense de Turismo), mercado central, locais apropriados para comprar a “lembrancinha” dessa terra do sol, chamada Fortaleza.

Entretanto, não podemos perder de vista, que esse mesmo turismo gerador de emprego e renda é também um dos grandes estimuladores do consumo de álcool, drogas e da prostituição, enfatizando aqui a prostituição infantil, tão denunciada pelos meios de comunicação e pelo poder público. É também na dinâmica desse turismo que doenças tais como, a Dengue podem se disseminar entre a população colocando em risco a saúde de milhares de pessoas.

Em meio a tanta beleza natural e tanto investimento para conquistar e receber bem o turista, Fortaleza é uma cidade com muitos desafios a vencer. Na área da saúde pública, entre os arranha-céus da área nobre e as favelas da periferia da cidade, ricos e pobres, compartilham um dos grandes, senão o maior desafio, o problema da Dengue na cidade. No atual cenário epidemiológico da Dengue no país, Fortaleza se apresenta como uma das cinco capitais onde a situação da Dengue é preocupante. Nas seguidas epidemias da doença registradas no Estado do Ceará, de 1986 até 2001, Fortaleza sempre tem sido responsável pela maioria dos casos da doença.

Dada a alta incidência da doença, os altos índices de infestação predial pelo *Aedes aegypti*, propiciada pelas condições sociais e comportamentais que favorecem uma rápida adaptação desse vetor ao meio ambiente, enfim, considerando os contrastes e desafios dessa enfermidade Fortaleza, foi escolhida como “laboratório sócio-cultural” ideal para aprofundar nossas investigações sobre o contexto humano da Dengue.

3.3 Definição da Amostragem

A definição da amostragem na pesquisa qualitativa, não se limita ao campo da representatividade numérica e aleatória generalizando a amostra na população. Ela envolve problemas na seleção do grupo para observação e para comunicação direta. Segundo Minayo

(1998), uma amostra ideal é aquela capaz de desvelar a realidade investigada nas suas mais variadas dimensões. Buscando, assim, captar uma grande diversidade de perspectivas de diversos atores sociais que poderia desvelar a complexidade do mundo subjetivo da Dengue optou-se por uma seleção de informantes-chaves de vários grupos distintos.

A vivência da pesquisadora junto à população e aos profissionais envolvidos no controle da Dengue foi um elemento essencial na seleção dos informantes que levou em consideração a vinculação dos indivíduos com o objeto em foco, de maneira que os escolhidos fossem essenciais para sugerir uma compreensão aprofundada das informações coletadas acerca da Dengue (THIOLLENT, 1980; TRIVIÑOS, 1987; MINAYO, 1998).

Devido a maior prevalência dos casos de Dengue ocorrido em Fortaleza em 1994 ter sido entre a população com nível sócio-econômico e de escolaridade mais elevados, segundo estudos de Vasconcelos et al. (1998), optamos por uma amostra populacional estratificada sócio - economicamente.

A amostra foi formada de informantes-chaves de três segmentos:

1. Grupos populacionais de estrato sócio - econômico diferenciados - áreas médias e pobres de Fortaleza, sem considerar qualquer aspecto relativo a experiência com a doença. Essa categoria popular foi escolhida a partir de contato com a equipe de educadores que atuam em Fortaleza. Dada à sua convivência com as comunidades eles foram capazes de identificar e sugerir os integrantes dos três grupos focais de discussão. No total, trinta e três informantes, participaram dos grupos focais realizados com esse segmento social constituído por pessoas com baixo e médio poder aquisitivo: doze residentes do bairro de Nossa Senhora das Graças (Comunidade de Quatro Varas), e dez moradores do Bairro de Couto Fernandes, bairros caracterizados como áreas pobres da cidade. Onze pessoas do Bairro de Jardim América, considerado área média, do ponto de vista econômico.

2. A população atingida pela epidemia de Dengue em Fortaleza em 2001, de contexto sócio-econômicos diferenciados. Indivíduos com experiência vivida com a forma clássica ou hemorrágica da doença. Para selecionar esses informantes-chaves utilizamos a listagem de resultados da sorologia para a Dengue do Laboratório Central do Ceará, responsável pelo diagnóstico e confirmação dos casos suspeitos da doença. Foi utilizada

também a relação dos casos confirmados de Dengue Hemorrágica, fornecida pela Célula de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Estadual de Saúde. Dados referentes ao período de Janeiro a Junho de 2001.

Da lista do LACEN, elaboramos uma relação dos casos de Dengue Clássica, registrados em Fortaleza por bairro, excluindo, a partir de informações de técnicos da área de epidemiologia da SESA, os casos de Dengue Hemorrágica. Em seguida, identificamos, em números absolutos um bairro pobre e um bairro nobre com maior incidência da doença. Dessa forma 18 pessoas com diagnóstico laboratorial da forma clássica da Dengue foram contatadas e convidadas a participar do estudo. Do total de 13 pacientes que concordaram em participar da pesquisa foram entrevistados 10 residentes do Bairro Granja Lisboa, uma área pobre da periferia de Fortaleza, sendo:

- 02 pais de família: 01 um vigia de cemitério com 52 anos de idade e 01 gari com 46 anos de idade, ambos com pouco tempo de estudo formal;
- 02 jovens do sexo masculino: 01 vendedor ambulante com 23 anos de idade, casado, sem filhos, morando com os pais, venerado por uma mãe superprotetora que adotou a nora como filha e 01 operário com 18 anos de idade, que veio do interior, mora com a cunhada aparentemente mandona e ao mesmo tempo cuidadosa com a saúde do cunhado; ambos largaram os estudos cedo para trabalhar e ajudar no sustento da família;
- 02 jovens: duas meninas de 18 anos, sonhadoras e falantes. Uma concluiu o 2º grau, a outra ainda estuda, mas as duas anseiam entrar no mercado de trabalho, mas enquanto a oportunidade não chega, uma ajuda nas tarefas domésticas e cuida de dois irmãos menores, muitas vezes assumindo o papel de mãe cuidadora; a outra, ainda estudante ajuda no que pode e espera retribuir ao pai o que ele lhe dá com tanto sacrifício.
- 04 donas de casa, na faixa etária de 25-70 anos, mulheres e mães zelosas, sempre preocupadas com a saúde da família. Sendo 02 mães solteiras, apavoradas com a Dengue, por medo de morrer e deixar os filhos sozinhos no mundo sem pai e sem mãe.

Da área nobre foram entrevistadas, três pessoas:

- 01 dona de casa de 70 anos; que mora com o marido completamente surdo, que também teve Dengue e deu muito trabalho pra ela, e com um filho alcoólatra. Ganhou a vida como costureira, hoje aposentada, acha que já tem tantos problemas que não pode se preocupar com mais um como a Dengue, por exemplo.
- 01 Fisioterapeuta, de 36 anos de idade, trabalha numa escola com crianças, mãe solteira de filho único, mora com uma irmã, o filho e o pai e morre de medo da forma hemorrágica da doença.
- 01 médica, pediatra, de 43 anos de idade, preocupada porque tudo agora é virose. Como toda mãe cuidadosa, esta sempre preocupada com a saúde de dois filhos adolescentes que como ela tiveram a forma clássica da doença.

Da relação dos casos confirmados de Dengue Hemorrágica, foram selecionados quinze pacientes com diagnóstico de FHD, já confirmado pela equipe de vigilância epidemiológica. Após os contatos, seis pessoas aceitaram o convite e foram entrevistadas 5 pessoas de nível sócio-econômico mais elevados residentes na Aldeota, sendo:

- Uma estudante de 15 anos de idade, com Dengue pela segunda vez e que precisou ser hospitalizada com FHD, amedrontada pelo “medo da morte”;
- Um professor Universitário, com 62 anos de idade, que se mostrou muito revoltado com o governo pela “situação de risco” que viveu;
- Uma mãe solteira, de 34 anos de idade, comerciante, que via a Dengue “naturalmente”, mas que viveu o medo e o desespero diante da doença de sua única filha de quatro anos de idade com suspeita de FHD;
- Uma professora de uma escola particular da Aldeota, bairro onde reside, com 36 anos de idade que nunca pensou que a “Dengue fosse capaz de causar a morte”;

- Uma mãe separada, de 48 anos de idade, residente numa área da periferia de Fortaleza, confirmada como caso de FHD, que vivenciou uma dupla experiência da doença, quando ao mesmo tempo adoeceu também sua filha de 18 anos de idade e ambas foram internadas numa mesma enfermaria do Hospital São José. Apesar de ter sido ela a diagnosticada com FHD, imagina que quem teve essa forma grave da doença foi sua filha que apresentou manifestações hemorrágicas.

Os indivíduos que não concordaram em participar apontaram como explicação para a sua recusa os seguintes argumentos: falta de tempo; desinteresse em participar; e que após a doença e/ ou a morte não adiantava mais falar sobre o assunto.

3. Os servidores que atuam no controle da dengue, incluindo àqueles envolvidos com o planejamento, orientação e execução das atividades dirigidas para o controle vetorial nas Instituições do governo. Essa categoria foi formada por:

- Supervisores gerais, envolvidos no planejamento e gerenciamento das ações operacionais de controle do vetor da dengue;
- Agentes de saúde, também reconhecidos como guardas sanitaria, que desenvolvem as ações externas através de visita casa a casa;
- Educadores em saúde, responsáveis pelo desenvolvimento das ações educativas e de mobilização da sociedade;
- Técnicos da FUNASA envolvidos com o Programa de Controle da Dengue em Fortaleza.

A escolha dos informantes dessa categoria levou em conta a experiência da pesquisadora e a sua relação com os servidores. Foram convidados onze servidores e todos concordaram em participar do estudo.

3.4 Coleta de Dados/Trabalho de Campo

Inicialmente foi feito um contato com os gerentes e técnicos do Programa de Controle do *Aedes aegypti* e da Dengue, na Fundação Nacional de Saúde (FUNASA), com o Coordenador Regional no Ceará. Na Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Ceará (SESA) com o Gerente da Célula de Doenças Transmitidas por Vetores (CETRAV) e com a Gerente e Técnicos da Célula de Epidemiologia. Na Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social de Fortaleza (SMDS) com a coordenadora do Setor de Epidemiologia. Naquele momento informamos sobre a realização da pesquisa, os seus objetivos e a importância do estudo para o programa. Recebendo na ocasião o suporte institucional tão importante e necessário à viabilização da pesquisa.

A primeira etapa constou do conhecimento sobre a situação de Dengue em Fortaleza. Foi realizado um levantamento detalhado do quadro epidemiológico da doença na cidade, com base em dados estatísticos fornecidos pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Foram obtidos, também, os índices de infestação do vetor na cidade durante os meses iniciais do ano de 2001, os quais, naquele momento, inspiravam grandes preocupações associadas aos casos da doença que iam se confirmando e assim caracterizando-se mais uma epidemia, com registro no aumento de casos suspeitos da forma hemorrágica da doença. Procuramos ainda, uma compreensão detalhada das estratégias utilizadas, pelo Programa de Controle da Dengue desenvolvido pelos órgãos oficiais do governo.

A segunda etapa da pesquisa constou do trabalho de campo propriamente dito, realizado através das técnicas etnográficas da observação participante seguida da realização de grupos focais de discussão e de entrevistas não estruturadas para triangulação dos dados. Nesta fase resgatamos significados, crenças, valores e atitudes populares diante da experiência vivida com a doença e os modelos explicativos institucional e populares relacionadas ao controle da Dengue em Fortaleza.

Esta etapa foi realizada no período de novembro de 2000 a setembro de 2001, na cidade de Fortaleza. Nossa opção pela realização do estudo em Fortaleza, não se deu ao acaso ou de forma aleatória. A escolha levou em consideração dados estatísticos sobre o perfil

epidemiológico da doença no estado, apontando Fortaleza como responsável pela maioria dos casos confirmados da Dengue, nas sucessivas epidemias registradas nos últimos quinze anos, principalmente os casos da forma grave da doença, ou seja, a Dengue hemorrágica, ocorridos nas epidemias de 1994 e 2001.

A abordagem inicial com os sujeitos da pesquisa e com a realidade a ser investigada se deu através da observação participante. De acordo com Minayo (1994), realizada pelo contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Permite captar uma visão inicial sobre o objeto de estudo, sendo relevante para a identificação de questões a ele relacionadas, como na identificação de informantes e de outras fontes de dados (ALVES 1991; MAZZOTTI, 1999).

A técnica de observação participante foi realizada pela pesquisadora durante os eventos listados a seguir:

- Reuniões técnicas da Comissão Estadual de Dengue no Ceará;
- Audiências públicas tratando da questão em foco na Câmara dos vereadores de Fortaleza e na Assembléia Legislativa do Ceará;
- Eventos realizados pelos agentes de saúde, educadores e supervisores na sua rotina de trabalho (visitas domiciliares, ações de mobilização da comunidade, capacitação de multiplicadores das ações educativas e supervisão),
- Em salas de espera das unidades básicas de saúde do Bairro Granja Lisboa participando de conversas informais enquanto os pacientes aguardavam atendimento.

Nesses momentos foram temas de observação: o discurso institucional sobre a responsabilidade da população frente ao controle da Dengue; a relação dos profissionais de saúde com a comunidade na sua prática cotidiana; a forma de abordagem utilizada pelas instituições de saúde para (re) passar as mensagens educativas para a população; as atitudes e reações da população frente ao trabalho realizado pelo agente de saúde. O diário de campo foi utilizado para registrar as ocorrências identificadas durante as observações. As anotações

eram realizadas discretamente no momento da observação e, imediatamente depois, complementadas e transcritas (SCRIMSHAW; HURTADO, 1987).

Na evolução do trabalho de campo foram realizados grupos focais de discussão constituídos por indivíduos residentes em áreas endêmicas de Dengue na cidade de Fortaleza, estratificadas por características socioeconômicas e com servidores envolvidos com ações operacionais de controle da endemia.

Foram realizados ao longo do estudo cinco grupos focais de discussão, envolvendo trinta e três informantes populares e dezoito informantes da categoria profissional. Três destes grupos foram realizados com grupos populacionais de áreas de baixo e médio poder aquisitivo. Dessa maneira, foram realizados dois grupos, formados por pessoas de ambos os sexos, com pouco estudo formal, residentes nos Bairros de Nossa Senhora das Graças (Comunidade de Quatro Varas) e Couto Fernandes, caracterizados como área pobre da periferia da cidade. Um grupo formado por professores e funcionários públicos, com nível de escolaridade médio e/ou superior, moradores do Bairro de Jardim América, caracterizado como uma área média. Paralelamente foram realizados dois grupos com servidores atuantes na cidade de realização do estudo e com mais de cinco anos de experiência no programa de controle da Dengue.

Cada grupo era composto por informantes (em média de 10 a 12), um moderador e um observador. O observador do grupo ficou responsável de fazer anotações de pontos relevantes durante todo processo, tanto em relação ao discurso como as reações e ações não-verbais (gestos, comportamentos, fisionomias, postura, etc). Os grupos foram trabalhados a partir de uma pergunta chave que subsidiou o desencadeamento da discussão e permitiu que os participantes discorressem livremente sobre a questão focalizada.

Nas sessões grupais resgatamos as percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais dos sujeitos da pesquisa, buscando compreender como as pessoas percebem a questão da Dengue em Fortaleza; como a população interpreta e se apropria das ações de controle da endemia; como a população vê o trabalho realizado pelo agente de saúde na sua residência; como o agente de saúde interpreta o papel da população nesse processo e como ele recebe e repassa as informações sobre o uso do larvicida.

Westphal (1996, p. 473), assim define o uso das sessões grupais:

Pressupondo que percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, a expressão das mesmas seria mais facilmente captada durante um processo de interação em que os comentários de uns podem fazer emergir a opinião de outros, e em que o ambiente permissivo pode facilitar a expressão de emoções. Assim os pesquisadores podem observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvido”.

Para resgatar a experiência vivida com a doença e captar os modelos explicativos, popular e institucional, aqui considerado como o modelo biomédico, utilizamos entrevistas etnográficas não estruturadas. Vários autores defendem que a entrevista não estruturada ou aberta é uma das técnicas de campo mais utilizadas, na abordagem qualitativa, para coleta de informações. Ela dá ênfase na fala, enquanto *reveladora dos códigos de sistemas e valores contraditórios*. Permite que a representação de certos grupos em condições históricas, sociais, econômicas e culturais específicas seja revelada. (TRIVIÑOS, 1987; ALVES, 1991; MINAYO, 1998; ALVES-MAZZOTTI, 1999).

A entrevista não estruturada ou aberta é definida segundo Minayo (1998, p. 121-122), como “conversa com finalidade”. Ela parte da elaboração de um roteiro, visando apreender o ponto de vista dos atores sociais previstos nos objetivos da pesquisa. O roteiro serve como baliza para o pesquisador e não de cerceamento da fala dos entrevistados. As entrevistas não estruturadas ou abertas, podem ser feitas verbalmente ou por escrito, mas tradicionalmente incluem a presença ou interação direta entre o pesquisador e os atores sociais e são complementadas por uma prática de observação participante.

A utilização da entrevista nesta pesquisa não se deu por acaso, foi uma opção decorrente da necessidade de um aprofundamento das significações dos entrevistados sobre a experiência vivida com a Dengue bem como para maior clareza e relevância dos dados obtidos nos grupos focais de discussão e nas observações de campo. Foram entrevistados treze pessoas diagnosticadas e confirmadas com Dengue Clássica e cinco com Dengue Hemorrágica, de estratos sócio-econômicos diferenciados e onze servidores que atuam no controle da Dengue em Fortaleza.

No processo de evolução do trabalho de campo, exploramos, através da técnica de entrevistas etnográficas, os seguintes temas para análise:

- Identificação e Compreensão de como os populares percebem e lidam com a experiência subjetiva do adoecimento de Dengue na sua vida cotidiana.
- Identificação e compreensão das estratégias populares de enfrentamento da doença.
- Entendimento de como as pessoas interpretam e explicam o seu adoecimento.
- Compreensão de como o saber popular e dos profissionais interpretam o papel da população no controle da Dengue.
- Identificação e compreensão do saber local sobre as estratégias de controle da Dengue, propostas pelo programa oficial do governo.

Este segmento da categoria popular foi constituído por 18 informantes, entre homens e mulheres, na faixa etária de 15 a 70 anos de idade, de estratos sócio-econômico diferenciados, sendo 13 que vivenciaram a experiência com Dengue Clássica (DC) e cinco com experiência em Dengue Hemorrágica (FHD). O principal indicador de seleção desses entrevistados foi à localização geográfica da residência, seguida da incidência da doença e da profissão dos pacientes. Assim, os locais escolhidos e de onde foram selecionados os integrantes da pesquisa foram os bairros da Aldeota, bairro nobre da cidade e a Granja Lisboa, área da periferia de Fortaleza. Esses bairros apresentavam naquele momento (janeiro/julho de 2001) as maiores incidências da doença.

A categoria profissional que participou da entrevista etnográfica foi composta por 02 agentes de saúde, 04 supervisores gerais, 04 educadores e 02 técnicos com efetivo exercício de suas funções no controle da Dengue na cidade de Fortaleza.

As entrevistas foram conduzidas por um roteiro previamente elaborado. Foi solicitada aos sujeitos da pesquisa autorização prévia para gravar o conteúdo dos grupos focais e das entrevistas. Mediante essa autorização os conteúdos das discussões dos grupos e das entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas, processadas e analisadas.

3.5 Processamento e Codificação dos Dados Coletados

As informações coletadas em campo pelos grupos focais de discussão e através das entrevistas etnográficas foram organizadas e transcritas, utilizando o editor de texto do Software "The Ethnograph" 5.0. Os dados oriundos da observação participante foram organizados e transcritos no WINWORD 7.0.

Após a organização dos dados foi feita uma leitura flutuante para uma impregnação de todo material produzido. Em seguida, foram constituído vários *corpus*. Os *corpus* foram organizados por grupos diferenciados: os informantes populares e os servidores envolvidos com o controle da Dengue em Fortaleza. A partir da leitura exaustiva de cada um dos *corpus*, começaram a emergir as categorias empíricas. Estas categorias foram elaboradas num processo de re-leitura e classificadas por tema. Dos textos transcritos das entrevistas foram codificados, por categorias empíricas, e processadas utilizando Software "The Ethnograph" 5.0.

Foram codificados 57 tópicos distintos, agrupados nos temas listados a seguir:

A percepção de estar doente de dengue: (...) *acho que nunca tive Dengue (...).*

Diagnóstico popular da dengue: (...) *num era a tal de virose não! Era Dengue mesmo (...).*

Vivendo a dengue: (...) *doença infeliz, malvada e miserave (...).*

Etnoepidemiologia da dengue: (...) *nessa redondeza quase todo mundo teve (...).*

Aprendendo com a experiência: (...) *há um mês atrás né, eu via a Dengue naturalmente porque não tinha vivido a Dengue.*

A prioridade da dengue na vida das pessoas: (...) *Já tenho muito problema pra poder ficar pensando em mais outro (...).*

Roda viva em busca de tratamento - (...) *conseguir uma ficha precisa ficar a noite todinha (...).*

A divina cura da dengue: *A cura vei de Deus minha fia (...).*

Dengue – o adoecer: (...) *eu não sei nem explicar né, porque aqui não tinha mosquito.*

Os gritos do descaso: (...) *a mercê de um mosquito (...).*

A complexidade da ação governamental: (...) *esse pozinho é muito bom para matar piolho (...).*

O processo de participação social sob o olhar da população: (...) *nunca a população deixa de participar, de colaborar, nunca! (...).*

O processo de participação social sob o olhar institucional: (...) *para a população participar só basta uma coisa: ela seguir as orientações do agente de saúde (...).*

As etapas descritas nesse procedimento metodológico foram realizadas numa interação permanente e simultânea entre a coleta, o processamento e a análise dos dados. Isto posto, entende-se que a análise se deu durante o processo de investigação na medida em que as categorias e dimensões iam emergindo e os significados desvelados (ALVES-MAZZOTTI, 1999).

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Durante todo o processo de investigação, a pesquisadora esteve atenta para os princípios éticos e científicos que regem a pesquisa qualitativa. Não os contrariando, a fim de garantir sua legitimidade e resguardar as pessoas que fizeram parte dela. Os princípios éticos que regeram este processo foram:

1. Proteger o bem-estar físico, social e psicológico do informante, assim como a sua privacidade.
2. Salvar os direitos e interesses dos informantes.
3. Manter o anonimato dos informantes.
4. Resguardar o direito dos informantes de desistir de participar do estudo, em qualquer uma de suas fases.

5. Não tirar proveito ou explorar as informações captadas para outros fins que não os estabelecidos nos objetivos de estudo.
6. Manter os registros, bem como o texto final do estudo realizado, à disposição das pessoas envolvidas.

Além disso, as implicações individuais e coletivas das ações foram devidamente explicitadas e avaliadas em termos realistas, considerando os aspectos sócio-culturais e evitando criar, com isso, falsas expectativas entre os participantes no que diz respeito à resolução de problemas de ordem estrutural/global da sociedade.

A anuência dos participantes foi registrada em termo de consentimento informando, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde (BRASIL, 1996).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

4.1 A Percepção de Estar Doente de Dengue: (...) *acho que nunca tive Dengue (...)*.

Para os informantes deste estudo, com diagnóstico confirmado de Dengue Clássica ou Febre Hemorrágica da Dengue, as primeiras manifestações da doença como: “fraqueza”, “moleza no corpo”, “boca amarga”, “corpo manchado”, e “febre” foram percebidas como indicativo de outras doenças febris na população. Por exemplo, para uma professora de uma escola particular, caso de Febre Hemorrágica da Dengue (FHD), residente na Aldeota, e por um operário de uma fábrica de confecções da Granja Lisboa, caso de Dengue Clássica, os sintomas iniciais da dengue, foram interpretados como sinal de uma *doença comum, coisa passageira* ou *nada não*, significando algo inexistente ou que passa despercebido. Pela forma diminutiva “zinha”, os informantes revelam como a dengue, em sua fase inicial, é percebida como uma pequena doença e suas possíveis conseqüências são minimizadas. Assim demonstram os trechos transcritos a seguir:

(...) uma doença comum, que passa, como febre, como gripe, mas não achei que fosse causar a morte, nessas circunstâncias (...) (Caso de FHD, Aldeota)

(...) nada não, só uma dor de cabecinha, e aquela febre rápida, eu não suspeitava muito isso não (Dengue), achava que fosse só casualmente, por exemplo: já fiquei assim, foi coisa passageira, logo ia passar fiquei só tomando Dipirona mesmo, em casa tomando chá e pronto. Só uma doenzazinha”. (Caso de DC, Granja Lisboa)

No processo de percepção do adoecimento pelos pacientes de dengue, um jovem vendedor, de 23 anos de idade, residente da Granja Lisboa, apesar de ter tido Dengue Clássica, confirmada em laboratório, afirma *acho que nunca tive Dengue* e a mãe reforça dizendo *o caso dele foi uma virose*, ao mesmo tempo em que mostra a Dengue caracterizada como uma *gripe forte*, por sua vez, interpretada como *uma virose não muito grave* como a dengue, porque não causa grandes danos à saúde das pessoas, na forma como está ilustrada na transcrição de parte do diálogo mantido entre a entrevistadora (E) e o informante (I):

P – Em que você pensou logo que ficou doente?

Informante – A virose, depois foi a Dengue.

I - Essa rua inteira aqui tiveram a gripe forte! Disseram que era virose e pronto todo mundo teve

P - Pra vocês o que significa ter uma gripe, uma virose ou uma Dengue?

I - Eu acho que eu nunca tive Dengue não!

I - Pode até ter sido, mas a gente tem mais como gripe, viroses, essas coisas assim.

P - Pra vocês gripe e virose é como?

I - A gripe e a virose pra nós é uma doença muito grave não.

P - Como assim?

I - Eu acho que não porque a gente se cura rápido

P -E a Dengue?

I - A Dengue já é diferente.

P - Por que ela é diferente?

I - Sei lá! Eu acho que é mais grave ela, porque quando eu era pequeno, teve um menino lá perto da casa que nós morava, que ele teve a Dengue e prejudicou até a visão dele (...).

Pelos relatos podemos observar que a maneira como os sintomas foram interpretados pelos entrevistados, associados a uma virose comum, sugere que a dengue, ainda é bastante banalizada pelas pessoas, na sua fase inicial. Por outro lado, a compreensão da dengue como uma doença causada por vírus mostrou-se confusa para os informantes, porque as pessoas já têm pré-existente, uma noção de virose associada a outras enfermidades corriqueiras no dia-a-dia da população. Segundo uma dona de casa, residente na Aldeota,

caso de DC, tornou senso comum denominar de virose àquelas doenças para as quais não se tem um diagnóstico certo, e para justificar sua visão explica: *acham que é virose, porque tudo agora é virose, e só quando se diagnostica que é dengue, é que vem a preocupação.*

A percepção popular da dengue associada a outras doenças febris, também foi observada por Winch et al. (1991), estudando a mesma questão entre os moradores da cidade de Mérida no México. Sendo também constatado pelo autor que essa capacidade demonstrada pelas pessoas para diferenciar entre a Dengue e outras doenças febris semelhantes é altamente significativa para a compreensão de como as pessoas interpretam e lidam com a doença de dengue no seu mundo real.

4.1.1 Diagnóstico Popular da Dengue: (...) num era a tal de virose não! Era Dengue mesmo (...).

Embora muitos casos de Dengue, de início tenham sido, popularmente, confundidos com outras viroses, no processo de evolução da doença, os nossos entrevistados perceberam mudanças no seu quadro clínico que ultrapassavam o limite de um quadro de virose comum. Por exemplo, a febre caracterizada inicialmente como *rápida e passageira* no processo de evolução da doença virou uma *febre incessantemente e ininterrupta*, ou seja, a febre continuou, no entanto é reconhecido que a sua qualidade mudou. Da mesma maneira, a *dor de cabecinha*, virou uma *dor de cabeça medonha*, do ponto de vista semântico, uma dor de cabeça que causa medo, que assusta pela sua intensidade porque *a pessoa só falta não agüentar de tanta dor.*

A percepção do agravamento do quadro clínico, diagnosticado pelos próprios pacientes, associados ao surgimento de novos sintomas, representou um sinal de alerta para despertar nas pessoas a idéia de que não estavam diante de uma simples virose indicando que *o caso era sério* podendo tratar-se de algo mais grave, como a Dengue ou a Dengue hemorrágica. Um exemplo, citado por todos os informantes foi o aparecimento dos exantemas, popularmente nomeados de “manchas vermelhas”, “carocinhos”, “pintazinhas”, “caroço réi”, “fitinhos”. Portanto, o exantema emergiu no quadro sintomático como o

principal elemento de diferenciação entre a virose comum e a Dengue, seja na sua forma clássica (DC) ou hemorrágica (FHD), como podemos perceber nos trechos transcritos que seguem:

Eu pensei que era virose. A virose é aquela que dá uma vez e os ossos num dóia do jeito que a dengue dói. Fiquei fraco. Aí, quando começou a sair uns caroço rei nu meu corpo todim, aí eu fui logo pro hospital, aí eu vi que num era a tal de virose não! Era dengue mesmo (Gari, 46 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

Eu não sabia que era dengue, porque não tinha aparecido mancha nenhuma, quando começou a aparecer umas manchas no meu corpo, manchas vermelhas no corpo todo, começou nos braços e no segundo dia tomou conta do meu corpo inteiro aí eu constatei que era dengue. (Fisioterapeuta, 36 anos, caso de DC, Aldeota).

(...) os mesmos sintomas que eu sentia ela tava sentindo, menos a mancha do corpo. A gente achava que era virose, mas aí ela já sentia dengue, que depende da mancha do corpo (...). (Dona de casa, 29 anos, caso DC, Granja Lisboa).

Na convivência diária com a doença os informantes selecionaram sintomas que foram relevantes para determinar uma noção de etnodiagnóstico da dengue. Como podemos observar nos relatos, antes mesmo da confirmação laboratorial do diagnóstico através da sorologia, uma das técnicas utilizadas para confirmar a doença, as pessoas já sabiam que estavam diante de uma experiência concreta com a dengue e a partir de então começaram a se preocupar com a possibilidade de tratar-se da forma hemorrágica da doença.

Devido à grande ameaça de morte que a Dengue hemorrágica representa, as pessoas com dengue se mostraram atentas para mudanças corporais que, embora sutis, podem ser de significância para as pessoas distinguirem entre os sintomas de DC e DH. Para diferenciar essa forma potencialmente fatal de Dengue de outros casos menos perigosos, uma terapeuta, que mora na Aldeota, uma área nobre de Fortaleza, mostrou sua grande preocupação afirmando que a inchação em todo o seu corpo lhe chamou atenção significando um alerta para a possibilidade de uma DH. *(...) depois que eu comecei a inchar é que fiquei preocupada, porque sabendo que poderia ser Dengue hemorrágica (...).*

No processo popular de diagnóstico de Dengue Hemorrágica, os informantes que vivenciaram essa experiência demonstraram uma competência admirável de perceber e interpretar sintomas tais como “inchação” e “gosto de sangue na boca”, como sendo de alta

significância para as pessoas distinguirem entre DC e DH, embora não estejam especificados nos textos e livros da biomedicina que descrevem sobre o diagnóstico diferencial de DH.

Eu tive inchaço. Meu pé inchou, fiquei muito debilitada. Minha menstruação veio antes ai saia coágulos, muitos coágulos, sangramento na gengiva e a menstruação era assim, vindo muito mesmo, vindo direto, bastante coágulos. Eu começava a sentir um gosto de sangue na boca, ia cuspir, era só sangue saía... Agora essa eu tive mais em casa. eu parada assim,... pronto como estamos conversando, com o gosto de sangue na boca sem saber o que era aí eu cuspi (...) era sangue (...). (Estudante de 15 anos, caso de FHD, Aldeota).

Pensei que fosse virose. Eu falei com uma menina enfermeira lá no colégio, então ela disse que podia ser uma virose, porque a virose tá dando em todo mundo aí. Só que,... que virose foi essa que eu não, não fiquei gripada e nem tive diarreia, nem vômito, como é que pode? Mas todos os outros sintomas eu tive, todos. Agora eu fiquei inchada, isso aí foi o que me preocupou muito! (Professora, 37 anos, caso de FHD, Aldeota)

Os trechos enfatizam que a presença ou a ausência de um sintoma ou outro é um ponto chave para que as pessoas possam determinar um diagnóstico popular de dengue. Como podemos observar pelos relatos, as pessoas já sabiam que estavam diante de uma experiência concreta com a Dengue, antes mesmo da confirmação laboratorial do diagnóstico pela sorologia, uma das técnicas utilizadas para confirmar a doença. Sobre o processo de percepção da doença, Angel e Thoits (1987) sustentam que essa atitude do indivíduo de dar atenção apenas àquelas alterações físicas ou orgânicas consideradas como importantes naquele momento de adoecimento, é resultante da influência de fatores culturais e de experiências pessoais com a enfermidade.

4.2 Vivendo a Dengue: (...) doença infeliz, malvada e miserave (...).

Ao discorrer sobre a experiência vivida com a dengue, todos os nossos informantes revelaram-se clínicos sábios e observantes, demonstrando uma grande intimidade com a sintomatologia da Dengue e deram significado as manifestações corpóreas da doença, utilizando uma terminologia criativa, colorida e rica na sua simbologia. Em contraste aos padrões estabelecidos cientificamente, termos médicos como “dores musculares” foram descritos popularmente como “quebradeira”, ou “corpo todo dolorido”. O quadro febril da

biomedicina, na boca do povo virou um choque eletrificante como se fosse um fogo queimando dentro do corpo.

Rapaz eu comecei com uma quebradeira, o corpo doído, todo doído, todo doído, aí quando dei fé uma diarreia, aí um vomitamento e aquela dor de cabeça medonha, aquele negócio sem coragem, sem nada aí eu disse: ah! Meu Deus,... não pude comer nada, aí e febre todo tempo né,... eu tava debaixo do chuveiro parecia que tinha levado umas lapada (...) (Vigia, 52 anos, residente na Granja Lisboa, caso de DC).

(...) e sentindo febre, febre e a dor no corpo parecia que um caminhão tinha passado por riba de mim, queimava parecia que eu tava dentro do fogo(...) (Dona de casa, 29 anos de idade, residente na Granja Lisboa.)

Pela maneira como os informantes se manifestaram durante a entrevista, percebemos que cada um deles defendeu o seu sentir a doença como a mais real e verdadeira expressão da doença vivida. Para uma dona de casa, com 48 anos de idade, experienciada com a forma hemorrágica da doença, adoecer de Dengue foi como engolir o próprio mosquito, que descendo pelo sistema digestivo provocou um gosto amargo na boca. Para uma estudante, de 18 anos de idade, confirmada com a DC, a experiência foi “terrível”, e o que mais lhe marcou foi uma dor que sentiu no olho, a ponto de ter tido vontade de meter a mão e tirá-lo do lugar. A riqueza do mundo subjetivo da experiência vivida e sentida por essas duas mulheres confirmadas com dengue, está evidenciada nos dois trechos transcritos a seguir:

Pra mim eu tinha era engolido o mosquito, pra mim o mosquito tava era dentro do meu estombo, porque saia assim um gosto diferente da minha boca (...) Eu ia tomar água., a água amargava como quina (...) (Dona de casa, 48 anos, caso de FHD, Granja Lisboa)

Pior é a dor no olho que agente sente, assim, parece que o olho vai sair, sei lá, aquela coisa terrível. Não consegue ficar de olho aberto não. É aquela dor, você sente aquela dor de cabeça (...) (chega dá vontade de meter a mão e tirar). (Estudante, 18 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

Portanto, longe de ser uma entidade padrão, uma simples classificação internacional, ter Dengue, viver a Dengue é uma experiência humana complexa e diversificada. Os termos metafóricos utilizados pelos informantes revelam como os sujeitos interpretam e constroem subjetivamente a experiência com a enfermidade no seu mundo cotidiano. Discutindo sobre o uso de metáforas, Alves e Rabelo (1994, p. 228), argumentam que a metáfora tem origem e encontra referência primária na vida cotidiana, e está baseada na

consciência do senso comum. Assim, metáfora nos remete necessariamente ao mundo da intersubjetividade.

Para discutir esse tema nos reportamos ao conceito de “experiência”, uma das temáticas mais relevantes na abordagem sócio-antropológica da saúde. Alves e Rabelo (1995) afirmam que a experiência faz referência a maneira como os indivíduos respondem socialmente a uma dada situação de doença em sua vida cotidiana. Para estes autores os conhecimentos médicos e as sensações corpóreas são construções sociais e culturais que levam em consideração as crenças e os valores dos indivíduos envolvidos nesse processo. Nesse sentido, a enfermidade é entendida como uma realidade socialmente construída numa complexa interação entre indivíduos, grupos e instituições.

Sobre a influência dos aspectos culturais na construção subjetiva da enfermidade, Uchoa e Vidal (1994) com base no pensamento de Geertz, afirmam que a cultura estabelece ligações entre as formas de pensar e agir dos indivíduos de um grupo e ressalta a importância da cultura na construção de todo fenômeno humano e citam Kleinman (1980) quando afirmam que *todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente as doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural*.

Analisando as significações da dengue na vida das pessoas diagnosticadas com esta enfermidade, percebemos que enquanto a biomedicina padroniza as doenças definindo sintomas diferenciais e classificando internacionalmente a entidade “disease” as pessoas vivem a sua versão construindo subjetivamente uma outra dimensão da doença “illness”. De acordo com Kleinman (1988), “Disease” representa nos termos do modelo biomédico a compreensão da doença como uma alteração da estrutura ou funcionamento de órgãos ou sistemas (doença processo), e a “illness” significa a experiência subjetiva do mal estar sentido pelo doente (doença experiência).

A maneira como a Dengue é caracterizada popularmente revelam aspectos subjetivos e intersubjetivos contidos na maneira de pensar e agir das pessoas. Pelo ponto de vista da população identificamos três tipos de caracterizações da doença de Dengue, cada uma dando pistas para compreender e explicar a experiência vivida com essa enfermidade. Dessa forma a dengue foi descrita pelos nossos informantes populares como uma doença “inexplicável”, enfatizando o seu caráter imprevisível; “infeliz”, “malvada” e “miserável”

apontando a sua força perversa de maltratar e abusar de sua vítima inocente ou ainda “muito grave, perigosa ou que mata”; destacando aí a sua virulência e natureza agressiva atribuindo à Dengue um significado de uma doença assassina.

Trechos relatados por duas mulheres, uma mãe solteira de classe média e outra mãe separada de classe pobre, revela como a dengue das suas filhas significou uma carga pesada sobre os seus ombros e suas vidas, muitas vezes provocando o desespero. E para enfrentar o peso da doença que tanto aflige a vida e sobrecarrega os cuidadores da casa surge à união da família e a presença de todos como uma forma de superação do problema.

*Como essa doença afetou a minha vida? Imagine aí!
Muita preocupação, desespero.(...) porque não é fácil pra uma mãe, principalmente pra mim, que eu não tenho apoio do pai, porque o pai não mora em casa, então na hora que eu saí pro hospital com ela até bati meu carro, de tão apavorada que eu fui (mãe solteira, residente na aldeota, bairro nobre de Fortaleza)*

Foi os momentos de mais, de mais agonia na minha vida, quer dizer, eu doente e vendo a minha filha se acabando, eu achava que a minha filha ia morrer né, do jeito que ela tava fraquinha (...) ela ia pro banheiro (...) era sangue puro (...) e tinha um problema mais, que o pai estava saindo de dentro de casa e ela se preocupou mais ainda, ela chorou e ficou mais emocionada ainda. (mãe separada, residente na Granja Lisboa).

As falas sugerem que para mulheres que chefiam os seus lares, o peso de uma dengue de um filho é ainda maior quando associada a momentos de crise e fragilização familiar. Para estas mulheres, que não contam com a presença de um companheiro, de quem se espera uma palavra amiga, um braço direito ou uma força a mais para ajudar na superação da crise ante a doença, a ausência do pai de suas filhas emergiu como um elemento agravante da situação, suscitando o mito da fragilidade feminina um preconceito de sociedades machistas como é caracterizado o nordeste brasileiro. Para Donaliso (1999) estas significações, na verdade, resultam dos muitos dramas vividos pelas pessoas naquele momento de experiência concreta com a dengue. Dramas que trazem implícitas as visões do que significa adoecer, as significações da dor e do sofrimento diante da doença.

4.3 Etnoepidemiologia da Dengue: (...) nessa redondeza quase todo mundo teve (...)

Todos os informantes revelaram saber como a dengue vem se distribuindo e se comportando em Fortaleza. Foi comum os entrevistados relatarem os seus casos, sempre mencionando parentes ou pessoas do seu convívio que passaram pela mesma experiência. Portanto, não se fala em um caso isolado, restrito a uma casa, mas sim de uma epidemia que vem se alastrando pela cidade, a ponto das pessoas identificarem números e mencionarem locais de maior ocorrência da epidemia como identificados nos trechos que seguem:

No meu colégio, só na minha série de segundo ano, são oito alunos com Dengue. Fora coordenador e outras séries que eu não tenho conhecimento (Estudante, 15 anos, caso de FHD, Aldeota).

Aqui nessa redondeza quase todo mundo teve (...). Pro lado do Canindezinho ela deu um bocado e pras banda do Conjunto Ceará. O pessoal da Aldeota ainda tão se queixando. Então não é aqui só no nosso bairro não!. E tudo, é geral mesmo. (Vigia, 52 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

Essas manifestações sugerem que o povo sabe que a dengue é uma doença que acontece tanto nas áreas pobres como é caracterizado o Bairro Granja Lisboa e naquelas consideradas nobres, como a Aldeota. As referências populares mostram que as pessoas realmente têm conhecimento da dimensão do problema da dengue, principalmente dos momentos de epidemia, apesar de uma suposta tentativa do Governo de esconder da população o verdadeiro comportamento da doença em Fortaleza, como sustenta o depoimento de uma terapeuta, de 36 anos, residente na Aldeota (...) *aí, uma epidemia dessas, epidemia, epidemia, e o governo, não, não e epidemia não (...) é gente morrendo e o povo abafando, você sabe que abafa mesmo a dengue hemorrágica, que é um negócio sério (...).*

Além de identificar como a dengue está distribuída, as pessoas, mesmo não tendo tanta informação sobre as formas graves dessa doença, identificam a forma hemorrágica da doença, como *um bicho perigoso*. Foi com essa denominação que uma dona de casa de 48 anos, residente da Granja Lisboa, diagnosticada e confirmada com DH, descreveu a sua percepção sobre a forma hemorrágica da dengue e ao mesmo tempo demonstrando como as

peessoas são capazes de captar da sua realidade formas de compreender e explicar que a dengue pode dá de dois jeitos diferentes explicando como segue:

(...) umas pessoas ficam assim com a coceira no corpo, elas não baixa muita plaqueta não, eles ficam em casa, nem precisava se internar ficava em casa, tomava um suco e tomava um analgésico e ficava bom. Essa forma da doença, não dá dentro do corpo, ela sai de dentro do sangue e fica no corpo em forma de “uns caroços” e ela não é perigosa.

(...) O bicho perigoso menino! O perigoso é quando dá assim dentro do sangue da pessoa, que não fica de fora, a coceira dá devido o sangue, o sangue se agita e agente coça, mas não tinha caroço.

Os depoimentos revelam que apesar do conhecimento em epidemiologia ser restrito a um grupo de técnicos da área da saúde pessoas leigas como os nossos entrevistados, são capazes de perceber e captar do seu contexto de vida, informações suficientes para construir pelo seu próprio sentido um quadro epidemiológico da Dengue. Certamente que esse conhecimento demonstrado por esta informante, não é resultante das tabelas, quadros ou gráficos. Trata-se de um saber popular construído a partir das notícias que circulam entre a população associadas a experiência vivida com a dengue.

4.3.1 Aprendendo com a Experiência: (...) há um mês atrás né, eu via a Dengue naturalmente porque não tinha vivido a Dengue

Antes da experiência concreta com o adoecimento de dengue as pessoas conviviam com a questão naturalmente, sem qualquer preocupação com o seu caráter de severidade. Entretanto, a convivência diária com a doença, permitiu a construção de um conhecimento próprio sobre a doença e a sua gravidade a ponto de reconhecê-la não só como um bicho *perigoso*, mas também como uma doença grave e que pode levar a morte.

(...) há um mês atrás né, eu via a Dengue naturalmente porque não tinha vivido a Dengue. Quando a minha filha adoeceu de Dengue, que ela entrou no hospital passou dois dias internada, já foi o médico dizendo que ela estava com Dengue foi que eu comecei apavorar (mãe de uma filha única com 4 anos de idade, caso de FHD, Aldeota)

Ave Maria! Eu não achava que essa doença fosse tão séria assim. Quando eu tive que ficar hospitalizada, nunca fiquei hospitalizada na minha vida. Então pra mim aquilo foi um choque, porque uma doença dessa, eu precisar me hospitalizar. Uma doença que é simples já foi até erradicada um tempo e agora voltar com essa força toda. É folclore né, mas agente tem que acreditar nessas coisas porque senão? A gente morre e não sabe por quê. Foi aí quando eu soube que era mortal porque até então(...) (*professora de uma escola de classe média, caso de FHD, Aldeota*).

Por estas interpretações fica evidente que a experiência com a doença, faz com que a dengue ganhe novas dimensões na vida cotidiana das pessoas. Após o adoecimento de dengue as pessoas passam a viver sob a ameaça de dois tipos de medo vinculados entre si. O medo de pegar a doença pela segunda vez, significando na visão popular maior risco de ter uma forma grave da doença, como por exemplo, a Dengue hemorrágica. O medo de ter a Dengue hemorrágica, por associar esta forma grave da doença à morte. Os depoimentos transcritos a seguir demonstram como o medo de ter a dengue pela segunda vez, o medo da forma hemorrágica associada ao medo da morte se constitui em preocupação comum entre homens, mulheres, de qualquer idade ou grupo populacional.

Ah! Isso é péssimo, a experiência é péssima, sobretudo quando eu soube que outras pessoas, na mesma época estavam também com Dengue né, umas quatro pessoas e eu soube que essas pessoas morreram e eu fiquei sozinho. Aí eu fiquei apavorado! Porque os outros, as pessoas que tinham, já tinham morrido (Professor universitário, 62 anos, caso de FHD, Aldeota).

*(...) eu já tive uma vez, o meu receio foi da hemorrágica, da segunda vez; mas assim, não, foi uma doença qualquer, não tão grave, mas que poderia ser. Depois que eu soube que pode a primeira, a segunda, quantas vezes você tiver, pode ter hemorrágica, aí foi que eu me preocupei mais. Com medo, justamente porque isso é uma **doença infeliz** (...)* (Terapeuta, 36 anos, caso de DC, Aldeota).

Morro de medo (...) e eu estou morrendo de medo (...) aí eu morro de medo de ter de novo, morro de medo (...) porque se eu tiver de novo, não sei não o que acontece (...) (Estudante, 15 anos, caso FHD, Aldeota)

O medo de ter a Dengue hemorrágica demonstrada pela maioria dos informantes diagnosticados com a doença é devido à associação dessa forma grave da doença ao conhecimento de que outras pessoas que também tiveram a FHD evoluíram para o óbito, como sugere a fala de um informante que trabalha de vigia de cemitério falando da sua preocupação com a Dengue e do medo de *morrer (...) me preocupava, dizia rapaz se eu morrer, deixar minha família. Num tempo desse, é que ela mata mesmo não é, a Dengue. Depois que eu vi, o senhor quase morto lá no hospital, eu fui deu um medo tão grande. Por*

este ponto de vista popular, podemos perceber que o medo é intensificado pelo conhecimento de que outras pessoas já morreram da forma grave da doença. Para esse informante, que vivenciou a DC com mais quatro pessoas da sua casa, o conhecimento da morte dos “outros” foi como conviver com a sua própria morte.

4.4 A prioridade da Dengue na Vida das Pessoas: (...) *Já tenho muito problema pra poder ficar pensando em mais outro (...)*

Sobre a gravidade da dengue as opiniões se dividiram. Algumas pessoas reconheceram a dengue como *um caso sério, uma doença grave*, inclusive, compreendendo que em sua forma mais severa a dengue pode levar o paciente a óbito. Outras pessoas acham que ela não merece tanta preocupação, porque já tem muito com que se preocupar. Por exemplo, a mulher de um entrevistado, aposentado de 76 anos de idade, caso de DC, embora reconhecendo que o número de casos da doença lhe deixa “horrorizada”, prefere não ficar impressionada sugerindo que a Dengue não merece tanta preocupação e explica: (...) *eu ouço e fico horrorizada com a quantidade, mas passa porque eu vou ficar impressionada?... Já tenho tantos problemas na vida, não é isso!... Já tenho muito problema pra poder ficar pensando em mais outro (...). Ficar impressionada? Eu eh!*

Além dessa aparente despreocupação com a severidade da dengue, outros informantes sequer acreditavam na possibilidade de adoecer de dengue. Ao discorrer sobre a experiência com a dengue, os informantes justificaram essa falta de credibilidade na doença afirmando: *you imagine que nunca vai acontecer com você. Você vê muitos casos, mas você jamais imagina que pode acontecer com você*, ou ainda como foi reforçado por duas donas de casa nos trechos transcritos a seguir:

Há muitos anos, já faz quase vinte anos nós mora aqui e nunca na nossa vida, aqui mesmo por aqui mesmo, nunca tinha visto falar nessa Dengue, que tinha essa Dengue não, aqui não, só esse ano...nunca na minha vida tinha visto falar que o pessoal por aqui tinha pegado a Dengue não. (Dona de casa, 41 anos de idade, caso de DC).

Eu nunca tinha pegado o Dengue, eu nem acreditava em Dengue né, aí quando, mas quando eu peguei o Dengue que eu já via, a televisão todo tempo falando, todo tempo, aí eu já tava preocupada, é tanto que quando o rapaz chegou aqui. Uma vez eu não

deixei nem o rapaz entrar, porque não existia esse negócio de Dengue né, eu nem me preocupava. (Dona de casa, de 48 anos, caso de FHD).

Essa maneira pragmática de encarar a doença referida por essas mulheres, embora indicativa de “despreocupação” ou “passividade popular”, na realidade pode significar uma maneira de responder, que a dengue não é o único problema da população. A exemplo destas mulheres, provavelmente outras pessoas agem dessa forma para superar as tantas adversidades impostas pelas suas condições de vida. Entendemos assim que, diante de tantos outros problemas vivenciados pelas pessoas, a Dengue pode não figurar como uma das principais prioridades da população e que o povo sofre de outros males e tem outras necessidades, às vezes consideradas mais importantes que a Dengue. Acreditamos, pois, que essa atitude de uma suposta passividade diante da dengue, assumida pelos populares, na verdade pode estar vinculada à visão de mundo das pessoas e à maneira como elas entendem e lidam com a experiência concreta de dengue no seu mundo real.

Pela discussão até aqui procedida, podemos observar que as significações populares em relação à experiência vivida com a dengue revelando a maneira como as pessoas vivenciam a doença, seus significados, os medos e os desafios deixados por ela, não divergem entre os grupos populacionais estudados na nossa investigação. As interpretações chegam a ser tão similar entre os informantes da Aldeota, área nobre da cidade, e os entrevistados da Granja Lisboa, área da periferia de Fortaleza, a ponto de sugerir uma caracterização da dengue como uma doença democrática. Ao contrário de muitas outras enfermidades, a dengue, talvez seja uma das poucas doenças, que não pode ser considerada doença de pobre ou da pobreza, haja vista, que ricos e pobres estão expostos aos mesmos riscos e nas mesmas condições. Entretanto, quando entra em cena a necessidade de tratamento terapêutico para dengue, esse caráter democrático se perde em meio a tantas dificuldades e desafios a serem enfrentadas pela classe menos favorecidas para ter acesso ao serviço de saúde no nosso País. Aquilo que lhe é devido como direito de cidadania se transforma em uma verdadeira roda viva de idas e vindas em busca de tratamento.

4.5 Roda Viva em busca de Tratamento - (...) conseguir uma ficha precisa ficar a noite todinha (...).

Motivados pela compreensão do agravamento da doença apontando para um diagnóstico popular de Dengue, todos os informantes foram em busca de ajuda terapêutica fora de casa. Entretanto, nesse momento os caminhos percorridos pelos informantes já não foram os mesmos, dividiram-se e tornaram-se diferenciados, dada a localização e a condição de vida do ponto de vista social e econômica. A partir desse momento, os pacientes residentes no Bairro da Aldeota, assumem a denominação de grupo social mais favorecido economicamente, e os residentes do Bairro Granja Lisboa, passam a ser nomeados de grupo populacional social menos favorecido economicamente.

Para mostrar como os iguais na sorte com a doença são diferentes no alcance do tratamento terapêutico, uma terapeuta, 36 anos, residente na Aldeota, que teve mais oportunidade de estudar e conseguir uma melhor posição social e econômica sustenta que quando se sentiu doente de DC logo procurou o médico e não encontrou nenhuma dificuldade para o tratamento que precisava explicando, *até porque temos planos de saúde*. Reforçando esse privilégio de poucos, Isabel, 15 anos, estudante, residente na Aldeota, quando ficou doente de FHD esteve *nas mãos do Dr. Albert, que é um excelente médico e num ótimo hospital*.

Em contraposição, os entrevistados do grupo menos favorecido economicamente, como os residentes do Bairro Granja Lisboa, localizado numa área periférica de Fortaleza, não tendo um plano de saúde, mostram como *um pobre sofre quando tá doente* e é obrigado, por falta de outra opção, procurar o serviço de saúde oferecido pelo Estado. A superlotação dos postos de saúde, os critérios de triagem para as consultas, um número limitado de fichas, as brigas por uma vaga na fila de espera, foram dificuldades citadas pelas pessoas quando foram *atrás de se consultar*. Os trechos seguintes demonstram como é doloroso e difícil o caminho percorrido por informantes da Granja Lisboa quando desafiados pela dor e o sofrimento causado pela dengue, foram procurar uma Unidade de Saúde:

Ficava preocupada porque a gente tem que ir pro posto. Lá no posto não atendia, onde estava atendendo todo pessoal. Estava superlotado, dizem que não estava atendendo ninguém. As pessoas que estavam indo dizem que estava voltando. No hospital tem gente demais, a gente chega de manhã, as cinco horas, seis horas da tarde ainda tá lá (...) (Caso de DC, Franja Lisboa).

Naquele posto ali, você conseguir uma ficha, tem noite que você precisa ficar a noite todinha e só é atendido aqui, quem tivesse cartão da coisa. Passa aqui hoje o agente de saúde, aí marca a ficha, agora você só vai atendido lá pra quarta-feira. Cuma bem, você tá doente hoje, aí vai quando chega lá num é atendido porque não foi marcado e às vezes é marcado e quando chega lá não tem botado na agenda aí volta de novo pra casa. E aí volta de novo, desse jeito não tem condições, você morre, se for um caso de urgência, você morre e não consegue (Vigia, caso DC, Granja Lisboa)

A urgência na epidemia significa uma emergência que não pode esperar, daí ser um atendimento totalmente inválido, principalmente em momentos epidêmicos, continua explicando o informante (...) *se eu to aqui com um caso de emergência e tem uma pessoa aqui com febre, aqui com o sintoma da doença, aí eu vou pra lá aí num sou atendido por causa da ficha, num foi marcado na ficha, né (...).*

Em recente audiência pública na Assembléia Legislativa sobre a questão da Dengue no Ceará, presenciamos uma usuária do sistema manifestando publicamente sua indignação diante do problema relatando a experiência vivenciada por ela quando o marido teve Dengue hemorrágica e precisou ser hospitalizado. A usuária caracterizou de *discurso fácil* a visão do senso comum de que *a Dengue e o mosquito são democráticos*. Reafirmando de maneira enfática e retratando uma grande revolta: *A Dengue e o mosquito podem até ser considerados democráticos, pobres, ricos e até governador pega Dengue e até pode ter o mosquito em sua casa, mas com certeza o atendimento não é igual. Jamais uma pessoa pobre com Dengue vai ser tratada igual a uma pessoa rica.*

Além das dificuldades de acesso ao serviço os informantes identificam a existência de uma certa falta de humanização no atendimento quando relatando seu drama com a doença agravada pelas dificuldades a serem enfrentadas quando se busca uma consulta médica, muitas vezes como forma de legitimar a sua dor e o seu sofrimento, e lamentam:

(...) ainda tem médico que chega e olha pra gente e quando acabar diz: vá se bora que você não tem nada não! O caba chega sai triste dali, sai de cabeça baixa. Porque ele não tem mais pra onde apelar vai pra casa e aí é aonde vem o desespero na vida do povo, é isso (...) (Vigia, 52 anos, caso DC).

(...) essas atendentes daí são um pessoal muito ignorante, as muié tem preguiça até de falar; as vez nos pede uma informação e pergunta assim: olhe quando é que tem uma ficha aí e num tem não (...) Quer saber vão olhar nas placas (...) (Vendedor, 23 anos, caso de DC).

O conhecimento de tantas dificuldades e desafios a vencer no percurso que separa uma pessoa pobre do serviço de saúde, determinou em algumas pessoas a decisão de não ir ao médico, e quando indagados sobre tal atitude explicaram: *por causa disso enfrenta uma fila como daqui acolá na esquina e quando chega a vez da gente num tem mais ficha. Agente na emergência num é atendida e na fila agente só vê é briga.* Por este posicionamento de uma dona de casa residente na Granja Lisboa, que cuidou de quatro pessoas com dengue ao mesmo tempo, inclusive ela, compreendemos que o conhecimento dessas dificuldades interfere na decisão do paciente com dengue procurar ou não uma ajuda terapêutico no serviço de saúde.

A decisão desses pacientes com Dengue, em procurar ou não tratamento terapêutico significou em primeiro lugar o desvelamento da forma desigual como as classes menos favorecidas são tratadas pelo Estado em relação á saúde. Situação que pode ser determinada por um acentuado crescimento do processo de exclusão social em que vive a grande maioria da população brasileira. O termo exclusão social ao qual nos referimos se pauta na definição de Escorel (1999, p. 23), ou seja, podem designar *toda situação ou condição social de carência, dificuldade de acesso, segregação, discriminação, vulnerabilidade e precariedade em qualquer âmbito.*

Observamos, ainda, pelos relatos dos informantes que apesar do novo modelo assistencial de saúde, baseado no Programa Saúde da Família (PSF), uma ação que objetiva estruturar o modelo de atenção primária da saúde, ainda predomina nos serviços de saúde, práticas ultrapassadas e verticalizadas, como por exemplo, o atendimento por ficha. Embora não sendo objetivo do estudo apontar os caminhos normativos e políticos em busca da melhoria da qualidade de atendimento em saúde, podemos observar que a capacidade política de introduzir nos serviços de saúde temas centrais da proposta do Sistema Único de Saúde, como a equidade, a universalidade, a eficiência e a qualidade, na prática tem sido limitada (BRASIL, 2000).

Tomando como referência o posicionamento dos informantes, fica evidente que o que se deseja é uma boa qualidade nos serviços de saúde e, sobretudo, que o paciente seja

tratado como um cidadão que está apenas buscando uma das maiores conquistas da Constituição de 1988, a garantia de que a saúde, assim como a educação e outros elementos sociais são direitos de toda população.

No relatório final do I Seminário Internacional sobre a Saúde da Família, (BRASIL, 2000, p. 18) destaca que em qualquer cultura o que as pessoas mais desejam é a qualidade nos serviços de saúde. E para alcançar esta qualidade é preciso que as preocupações populares em relação à saúde sejam respondidas de maneira eficaz. Do ponto de vista do beneficiário-paciente, um serviço eficaz é aquele que atende suas necessidades pessoais, não como se ele fosse um objeto, mas na condição de uma pessoa que recebe um atendimento digno.

Nossa preocupação com esse modelo de acesso do cidadão pobre ao atendimento básico de saúde, ainda tão excludente, procede do medo da pesquisadora, diante do iminente risco que corre a população de Fortaleza de vivenciar uma terrível epidemia da forma grave da doença, como a FHD, a exemplo do que já ocorreu em outros países. Essa leitura popular demonstra que as pessoas desejam qualidade nos serviços de saúde e, sobretudo ser tratado como um cidadão que está buscando tratamento médico de qualidade, uma das maiores conquistas da Constituição de 1988, assim como a educação e outros elementos sociais são direitos de toda a população.

Angel e Thoits (1987) discutindo sobre as barreiras que os indivíduos precisam enfrentar em busca de diagnóstico e tratamento terapêutico para curarem os seus males, faz referência a dois tipos de barreiras comumente enfrentadas pelas pessoas: as barreiras estruturais - aquelas relacionadas a disponibilidade dos serviços, a distancia, o meio de transporte utilizado e o custo - e as barreiras socioculturais que envolvem questões relativas ao processo de comunicação e as divergências no sistema de crenças e valores não perdendo de vista o contexto sociocultural onde os indivíduos estão inseridos e fatores intervenientes na leitura popular sobre o processo saúde/doença.

Desta forma, entendemos que deve ser preocupação de todos os profissionais da saúde, em qualquer nível de serviço, prestar ao cidadão um atendimento de qualidade de maneira que atenda as reais necessidades do paciente naquele momento em que ele busca ajuda e principalmente devendo reconhecê-lo como ser humano em sua totalidade.

4.5.1 A Divina Cura da Dengue: *A cura vei de Deus minha fia (...)*

Como o sistema de saúde oferecido pelo Estado brasileiro não dá conta de atender toda demanda, principalmente em momentos de epidemia da doença, a descrença é tamanha que as pessoas procuram formas alternativas para legitimar a sua dor e amenizar o seu sofrimento causado pela dengue. Assim, emerge o conhecimento popular sobre a utilidade das ervas tais como: cidreira, capim santo, eucalipto, anador e chá de alho, citados e usados pelas pessoas como *muito bons para passar a dor de cabeça e baixar a febre*.

Os rituais de cura mais procurados pelas vítimas da dengue estão associados a crenças religiosas, como a cura pela fé, pela oração ligada às promessas próprias da religião católica como veremos a seguir nos relatos de três moradores do Bairro Granja Lisboa:

A cura vei de Deus minha fia por que ficar bom a custa de médico (...) morre e não fica bom (Pai de família, católico, caso de DC com mais quatro filhas)

(...) Eu acho que eu fiquei boa porque Deus me curou, porque eu acho aquela doença deu forte em mim e na minha filha era para matar! Mas eu acho que abaixo do Hospital, foi Deus quem curou a gente.

(...) lá eu me agarrava, porque tem o nome Hospital São José, eu me agarrava com o nome dele, dizia São José pelo amor de Deus cure a mim e a minha filha, pra mim foi Deus que me curou, Nossa Senhora de Fátima eu sou muito católica e muito, meu ponto de referência é Nossa Senhora de Fátima (Dona de casa, devota de N.Sra. de Fátima, 41 anos, ,caso de DH)

A minha filha, que ela é Messiânica aí ela fez oração, aí eu só fiz melhorar, porque a gente Messiânica não toma remédio, só faz receber oração! O Jhurei (Dona de casa, 70 anos, messiânica, caso de DC).

Para essas pessoas a sua cura foi resultante da crença em um sentimento de fé visto como um passe de mágica, capaz de curar os males causados pela doença. Minayo (1998), utilizando uma linguagem religiosa, sustenta que essa situação pode ser traduzida em “graças” ou “provação”. A Autora, citando Berger (1969, p. 68), afirma que: “a busca de soluções para situações anômicas, conduz à tentativa de manipulação do sobrenatural para se conseguir dons e favores, como se usa fazer com os poderosos do mundo”.

Retomando a visão inicial da Dengue associada a uma virose comum, discutida inicialmente, observamos que um ponto chave dessa leitura popular é a sua vinculação ao comportamento de cuidados. Na visão dos informantes, *uma doença comum, uma virose* ou mesmo *uma gripe forte*, pode ser tratada em casa, com chás, com repouso, tomando sucos, com uso de antitérmicos e analgésicos.

Todos os informantes afirmaram que diante dos primeiros sinais da doença a primeira providência adotada por eles foi tomar o tilenol para amenizar a febre e as dores de cabeça e no corpo. Carla, caso de DC da Aldeota justifica que tomou tilenol porque (...) *sabia que só podia tomar Tilenol e que muita gente faz isso, acha que é Dengue e se automedica*. Reforçando essa visão outra moradora da Granja Lisboa, explica: *Ah, eu tomava Paracetamol, o mesmo remédio que o médico passou para o meu pai, pra passar a dor de cabeça e a febre*.

Independentes do grupo social a que pertencem, todos os informantes deram pistas de que a prática da automedicação está amplamente disseminada na população. Entretanto, é bom entendermos que essa prática, embora de maneira indireta ou inconsciente, pode estar sendo estimulada pelas instituições de saúde quando, indiscriminadamente generalizam essas informações para toda população, através das campanhas educativas. Nesse sentido, é preciso uma maior atenção e preocupação por parte dos planejadores, com a elaboração das mensagens educativas que visam orientar a população sobre o que fazer em caso de suspeita de dengue, de maneira a evitar a automedicação do paciente.

4.6 Dengue – O Adoecer: (...) eu não sei nem explicar né, porque aqui não tinha mosquito

A forma de compreender e explicar o adoecimento de dengue foi variada entre os pacientes entrevistados, sendo comum, que cada informante indicasse mais de um elemento que poderia ter implicado no processo de adoecer. Pelo ponto de vista popular as causas da dengue estão relacionadas a um conjunto de fatores agregados entre si: a transmissão vetorial, às condições ambientais, ao comportamento humano e ao sistema de crenças e valores da população.

Quanto à transmissão vetorial, os entrevistados revelaram uma compreensão clara do papel do mosquito na cadeia de transmissão da dengue como ilustra uma estudante de 15 anos, caso de FHD, classe média *sem dúvida nenhuma adoeci por causa do mosquito, com certeza fui picada pelo mosquito. Ainda mais que moro bem em frente ao cocô, é só mosquito*. Por outro lado, a explicação da existência do mosquito mostra-se relacionada às condições ambientais, como por exemplo, as chuvas e as conseqüências deixadas por elas no ambiente, propiciando o aumento da população vetorial, como demonstram os relatos citados a seguir quando indagados:

Como vocês acham que pegaram essa doença?

Acho que epidemia, não sei, as chuvas né, começaram as chuvas e as larvas começaram a desenvolver né? Ai quando começa chover né, é chovendo mesmo aí arrocha, o mosquito, quando acalma a chuva aqui assim, aí vai acalmar a doença, quando começa a chuve aparece (...) o lamacê aí pronto, começa o pessoal ficar doente de novo (...) (Dona de casa, 25 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

Eu acho que é devido à mata, tem muita mata, muita lama, eu quero que seja isso, porque só tem muita lama, só tem muito mato, aí tem tudo perto e é muito chei de mato mesmo, mas capim coisa muita doença, o mosquito mesmo (Dona de casa, 41 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

E pelo caso de ter muito terreno baldio né, tem aqueles córregos, aqueles esgotos a céu aberto, eu acho que seja assim né, Eu tenho a impressão que é os terrenos baldios mesmo, os corregozinho (...) (Dona de casa 27 anos, caso de DC, Granja Lisboa)

Eu creio que tenha sido mais por causa dessa poça de água que tem aí, porque na minha casa não tem caixa, não tem, não tem pneu velho, não tem nada que contenha água, que junte água, no meu quintal não tem nada disso, mas eu não sei do quintal dos vizinhos né! (Dona de casa, caso de FHD, Granja Lisboa)

No processo popular de compreender e explicar as causas da doença, essas quatro mulheres que residem em uma área pobre, revelam as condições de saneamento do ambiente onde vivem, associando as causas do seu adoecimento aos elementos ambientais, revelando a dengue como uma doença vinculada à falta de saneamento ambiental ou a um saneamento inadequado. A população, embora, não teorizando sobre a sua condição de vida e o processo de adoecer, percebe claramente que a ausência de infra-estrutura existente na comunidade se constitui em um dos fatores importantes na cadeia de transmissão da dengue.

Outras falas sugerem que o adoecer por dengue estar vinculado a responsabilidade individual sob a forma de um comportamento inadequado ou a transgressões de normas consideradas adequadas pelo saber técnico para que os indivíduos possam ter saúde. Assim revelam duas pessoas que tiveram experiência com uma das formas graves da doença FHD, ambos residentes no Bairro da Aldeota:

(...) não tem nada que acumule água, a cisterna é toda fechada, inclusive está amarrada com plástico com tudo não é? A gente tem cuidado, agora numas casas vizinho foi constatado não é, porque as cisternas da casa lá eram abertas, então, essas pessoas que apareceram lá fizeram, foram examinar e identificaram Aedes. (Professor Universitário, caso de FHD, Aldeota)

Raquel - já que começou a história da dengue de novo, que começa, ... logo no começo do ano até né, ... aí eu pego, eu faço todo o processo de preservação dentro da minha casa mas o meu vizinho, será que faz? Como eu já falei né, conscientização, ser conscientizada porque não adianta eu morrer de cuidado dentro da minha casa e o meu vizinho não! (Comerciante, mãe de caso de FHD, Aldeota)

Pelos depoimentos é perceptível que a população reconhece o papel do homem no ciclo de transmissão da dengue, apontando o comportamento individual como um dos fatores que contribuem para o processo de adoecimento. Entretanto, essa atitude não se dá no campo do auto-reconhecimento, mas no sentido de atribuir essa responsabilidade a outrem. Individualizando a culpa, responsabilizam o vizinho pelo problema, sugerindo que ele tornasse culpado na medida em que abrigam em seu ambiente domiciliar, os locais preferidos pelo mosquito transmissor da dengue para reproduzir-se.

Ainda sobre o processo de identificação e descrição dos elementos que compõem esta vasta rede de causalidade da dengue, alguns informantes buscaram a explicação do seu adoecimento em elementos sobrenaturais. Por exemplo, para uma dona de casa, recém separada do marido, que foi hospitalizada por FHD juntamente com sua filha confirmada com a forma clássica da dengue, o seu adoecer de dengue pode ter sido um castigo Divino, por algum pecado cometido no passado ou ainda como um sinal de Deus, mostrando que os dengues acometem pobres excluídos e ricos poderosos, e o adoecimento destes foi interpretado por um vigia, morador da Granja Lisboa como uma forma das autoridades saberem o que um pobre sofre quando adoecer de dengue e não tem para quem apelar. Os relatos transcritos em seguida demonstram essas interpretações:

(...) eu adoecer, eu e a minha filha duma vez (...) eu digo: Meu Deus o que eu to pagando, Meu Jesus, porque isso aconteceu comigo?

(...) num tem o Prefeito, num tem o Governador que se responsabilize, num tem ninguém (...), mas eu achei até bom sabe que eles ter a dengue, O Tasso, Doutor Juracy! Uma coisa mandada por Deus que é mode ele ver o que é que um pobre sofre dentro de uma casa, com três, quatro filho pequeno e as vezes desempregado e o dono de casa caindo doente? Desempregado, com três, quatro filho, caído aí, sem a mulher poder, sem um tostão pra mulher, e quando chega é num sacrificio mais horrive do mundo, é triste rapaz, é triste a gente, só eu sei que sou um chefe de família eu sei, o que é que a gente sofre. (Pai de família, vigia de cemitério, caso de DC)

Percebemos nestas citações que a dengue foi interpretada como algo mandado por Deus, no entanto com finalidades diferentes: no primeiro caso a representação foi de um “castigo divino”, ou seja, a informante se sentiu “pagando pecado com a doença”, expressando uma atitude de conformismo para justificar a sua dor. No segundo caso, a significação que o informante atribuiu a doença foi como um “sinal de Deus” para que os governantes, ao compartilhar da mesma experiência de um pobre pudessem se sensibilizar e imaginar como é que um pobre, que vive em condições subumanas de sobrevivência, lida com esta situação no seu mundo real.

Com base no sistema de significações dos nossos informantes, as pessoas interpretam as causas da Dengue associadas às crenças e valores. Essa interpretação pode representar uma forma “conformista” de aceitar o próprio sofrimento ou mesmo significando uma maneira de explicar aquilo que lhe parece inexplicável. Assim, esses informantes buscaram na religiosidade, representada pela fé em Deus a explicação e a conformação para o sofrimento causado pelo peso da Dengue na sua vida.

As afirmações desses informantes de baixo poder aquisitivo, se apresentam marcadas pela tentativa de encontrar explicações, significados e teorizar sobre suas situações: Segundo Minayo, (1998, p. 62): “Trata-se de uma visão cosmológica, onde o mundo aparece regido por um ser supremo que domina o bem e o mal e que controla individualmente as pessoas premiando o bem e castigando o mal”. Para a autora é também uma “concepção de vida e de mundo que reproduz, sob forma ”transfigurada e portanto irreconhecível”, das estruturas e das relações socioeconômicas vigentes na sociedade”.

Para uma professora de uma escola particular da aldeota, a explicação do seu adoecimento foi atribuída a uma agregação de elementos sociais, biológicos e emocionais como descreve parte do diálogo mantido entre a pesquisadora (P) e a informante (I) apresentado a seguir:

P - Como você imagina ter contraído a dengue?

I - Pode ter sido, além desse caos na saúde pública, a contaminação geral e internamente minhas defesas fracas, tava num momento muito estressante na época, então pode ter facilitado, internamente eu não tá bem.

P - Você se refere ao caos na saúde pública, como assim?

I - de tá aí essa doença assustadoramente instalada e falta de assistência do governo mesmo, que é o único responsável por isso. Nós estamos fazendo a nossa parte, mas, a maior responsabilidade é do governo. (uma professora, moradora da aldeota, confirmada com Dengue Hemorrágica)

Pelo diálogo podemos perceber que na dessa informante o adoecimento das pessoas está associado a uma complexa interação entre a dimensão biológica e a dimensão social do processo saúde doença. Sobre as interpretações culturais do contágio, Caprara (1998), em estudos etnográficos realizados em Cote D'Ivone e a cultura afro-brasileira na Bahia mostra que as interpretações do contágio e das práticas preventivas cruzam a sociedade envolvendo diferentes tipos de relacionamento: pensamento empírico e analógico; fatores simbólicos e sistemas de representações, os conceitos de pessoas e de corpo, relacionamentos intrapessoais e organização social; poderes naturais e sobrenaturais e fatores individuais e contextuais. Concordamos com este autor quando ele afirma que quanto à transmissão da doença não existe uma teoria geral, tal como a teoria de Pasteur sobre os germes. As teorias populares se apresentam em múltiplas dimensões e intercambiadas pelos elementos sociais e culturais do contexto onde os indivíduos estão inseridos.

4.7 Os Gritos do Descaso: (...) a mercê de um mosquito (...)

Com base no sistema de representações dos informantes populares, o governo demonstra uma atitude de descaso diante da problemática da dengue em Fortaleza, a ponto da população sentir-se totalmente a mercê de um mosquito, e com um sentimento de impotência diante da magnitude do problema, como pode ser observado nos depoimentos:

(...) o governo não faz nada e esses mosquitos a gente tá a mercê de mosquitos (...) estamos a mercê de um mosquito que não podemos fazer nada (Carolina, 15 anos, caso de FHD, Aldeota).

Do jeito que está aí, a mercê de tudo, não é? Porque o Governo não providencia nada! Quando foi comprovada a Dengue, em mim, a minha esposa telefonou para a SUCAM e não tinha pessoa, não podia atender, não sei o quê, não tinha isso, não tinha aquilo, mas não tem um órgão do Governo que se interesse pela saúde pública né? (Professor universitário, caso de FHD).

Os nossos informantes consideram importante a participação da população para o controle da dengue, entretanto atribui ao governo a maior parcela de responsabilidade pelo problema. Sob o ponto de vista popular a situação da dengue em Fortaleza, que permitiu o adoecimento de diversas pessoas ocasionando mais uma epidemia, é resultante do descaso tanto do governo municipal, como do Estadual e do Federal e que pouco preocupados com a questão, deixam a população *à mercê de um mosquito* que têm se tornado cada vez mais forte e presente entre a população. Nessa perspectiva, podemos interpretar que para nossos informantes, a culpa do seu adoecimento é do governo que não cumpre ou então, não tem se mostrado competente para cumprir o seu papel diante da questão da dengue em nosso país.

Na visão popular o governo tenta esconder da população a verdadeira situação da doença em Fortaleza. Enquanto as pessoas percebiam que estava acontecendo mais uma epidemia de dengue, inclusive com vários casos da forma hemorrágica, as autoridades, através da mídia, tentava negar a existência de uma epidemia como relatou a professora, residente na Aldeota *(...) epidemia, epidemia, e o governo, não, não e epidemia não (...) era gente morrendo e o povo abafando, você sabe que abafa mesmo a dengue hemorrágica, é negócio sério (...)*. A informante denuncia que não há transparência dos órgãos oficiais envolvidos com

o controle do dengue em fortaleza quanto ao verdadeiro comportamento da doença, sugerindo uma tentativa das autoridades de esconder a verdade da população.

A forma como os informantes dos dois grupos populacionais entrevistados, ou seja, tanto aqueles pertencentes a classe mais favorecida como aqueles da classe mais pobre, revelou que diante do descaso do governo com a situação sentiram-se cada vez mais indignados e tomados por um sentimento de abandono e impotência revelam:

(...) eu fiquei cada vez mais revoltado. Além da doença que é grave, a gente passa por uma situação de risco muito grande, não é, e a revolta que a gente tem, a revolta que a gente tem, porque a gente vê que a população está abandonada. (Professor Universitário, Caso FHD, Pai de 3 filhas, Aldeota)

Ainda tem uma coisa que eu acho muito, muito chata é a pessoa num tem pra quem apelar né? Porque oh num tem o Prefeito, num tem o Governador que se responsabilize, num tem, num tem ninguém né (...). Quem tiver morreu, morreu né? (...) escapou, escapou né? (Vigia de cemitério, Caso de DC, pai de 8 filhos, Granja Lisboa)

De acordo com os nossos informantes, as instituições envolvidas com o controle da dengue em Fortaleza não têm sido capazes de resolver ou pelo menos minimizar o problema e colocam em dúvida o compromisso e a credibilidade institucional em mudar o quadro. Enquanto o governo brada que estar fazendo tudo para resolver o problema, a população vê a questão de maneira totalmente diferente, sugerindo a existência de um grande descaso das autoridades com a saúde da população como denunciou Dona Luiza, médica, residente no bairro da aldeota ao afirmar que *(...) ocorre um grande descaso da Secretaria em relação à situação de saúde da população* ou ainda como descreveu uma mãe revoltada ao ver sua única filha, com dois anos de idade, ser hospitalizada por causa da dengue: *Primeiro, eu acho que o Governo não faz um trabalho todo; já que teve, esta tendo vários casos de dengue né! Em Fortaleza, até dengues hemorrágicas, morreu até gente importantes na cidade. Então, eu acho que não esta sendo feito nada!*

Sob o ponto vista popular tanto a população como o governo tem responsabilidades e um papel a ser cumprido para um efetivo e sustentável controle da dengue em Fortaleza. No entanto podemos perceber que existe uma cobrança mútua de responsabilidades entre ambas as partes. O governo acredita que estar fazendo a sua parte quando potencializa seu exército de agentes de saúde munidos de máquinas e inseticidas

como forma de resolver o problema e conclama a população para também fazer a sua parte, não deixando que os mosquitos se reproduzam através da eliminação de depósitos com água presentes no domicílio, considerados, potenciais criadouros do vetor. Em contraposição, a população acha que o governo é quem não está fazendo tudo o que deveria ser feito, passando a ser visto como ineficiente em seu papel de oferecer uma saúde pública efetiva á população. Daí emergindo toda uma rede de reveses de culpas e responsabilidade entre a população e o governo.

Comparando a visão dos moradores de Fortaleza com os moradores de Trindade e Tobago, investigados no estudo desenvolvido por Rosebaum (1995), foi observado que: enquanto para as pessoas de Trindade a responsabilidade do controle do vetor deve ser do governo e não da população, os residentes em Fortaleza, embora identificando o governo como o principal responsável, mostram que tanto este quanto a população têm responsabilidades frente ao problema.

4.8 A Complexidade da Ação Governamental: (...) esse pozinho é muito bom para matar piolho (...)

Os resultados apresentados e discutido nesse tema emergiram dos Grupos focais realizados em um estudo piloto realizado em Fortaleza, para identificar e descrever as concepções de diferentes grupos populacionais frente ao uso do BTI, e comparativamente de servidores envolvidos com as ações operacionais do programa. Simultaneamente também buscando contribuições populares para anunciar a população que um novo produto era introduzido nas ações de controle da dengue em Fortaleza, em substituição ao abate, que vinha sendo usado ao longo do tempo.

A população estudada nos dois estratos sócio-econômicos apresentou resistência ao uso do abate em depósitos de água de beber, devido ao cheiro e ao gosto de “veneno”. O abate, interpretado como veneno foi apontado pelas pessoas como apropriado para matar baratas, piolhos e ratos. Significados ilustrados nos trechos transcritos que seguem:

*Isso é perigoso, é? Pelo amor de Deus olha aí o nome!
Isso é veneno mulher, dá dor de barriga.*

*O veneno da dengue, pra água de beber eu não gosto
Por causa daquele gosto da água*

*É porque no primeiro dia é horrível o gosto que isso aí deixa, o mau cheiro que isso
fica na água.*

(Falas extraídas do Grupo focal de Discussão com a Comunidade do Couto Fernandes)

*(...) esse pozinho aí é muito bom pra matar piolho. Se mata piolho como é pra beber?
Eu acho que é muito forte.
Porque pela lógica se o pessoal da FUNASA tem que usar luva pra trabalhar com ele
agente tem que ter uma luva dentro do estomago pra poder agüentar.*

*Em mim nunca senti nada não, mas que fica um mal cheiro na água, fica, no dia não,
mas no outro dia que é posto lá na água fica um mal cheiro enorme* (Falas extraídas do
Grupo focal de Discussão com a Comunidade de Quatro Varas)

A população ao identificar o abate como veneno significa reconhecê-lo como um produto nocivo á saúde das pessoas. Esse reconhecimento revela a assimilação pelo senso comum da toxicidade dos produtos utilizados para o controle de vetores, como por exemplo, o *Aedes aegypti*, transmissor da dengue. Desta forma, quando a população demonstra uma atitude de resistência ao uso do abate, na realidade ela está respaldada em um conhecimento que é amplamente disseminado e reconhecido pelo saber técnico, como ilustram os trechos transcritos abaixo, retirados da discussão dos grupos focais realizados com os supervisores de campo:

*Na realidade isso aqui é veneno, só que de baixa toxicidade todo mundo sabe disso,
isso é veneno, é o que o rapaz falou, é a questão econômica que tem que se fazer e
aquela e jogar para população porque ninguém pode dizer que isso aqui é veneno para
poder ter aceitação para o trabalho. Somos condicionados a dizer isso (...)*

*(...) nunca foi divulgado para a população o efeito disso aí em cima das pessoas. Só em
você dizer pozinho pra não dizer outra coisa, você já está enganando. Quando você diz
que é um pozinho pra população não sentir medo, você já tá enganando.*

*Nós sempre fomos condicionados a repassar pra população, orientar “a senhora tem
que aceitar o pozinho” até o nome nós éramos condicionados a transformar, o nome do
produto para pozinho, nunca foi divulgado a fórmula, aceite quem quiser, não, era tem
que aceitar e o efeito somente em cima do mosquito e não em cima das pessoas que
poderia causar futuramente.*

(Trechos transcritos dos GF com Inspetores de campo)

Observa-se pelos posicionamentos que os servidores se sentem condicionados e pressionados pelo contexto institucional a repassar para a população uma mensagem que nem mesmo eles acreditam sobre a inocuidade do produto. Para justificar essa atitude, alegam tratar-se de uma forma de convencer a população a aceitar o trabalho de tratamento focal, ou seja, colocação do larvicida nos depósitos existentes no domicílio.

Outro sentimento revelado pelas falas é a sensação que os servidores têm de estar enganando a população ao apresentarem o abate para as pessoas como um “pozinho” inofensivo à saúde, sabendo que trata-se de um veneno.

Enquanto na concepção popular o abate foi visto como um “veneno” e por isso, muitas vezes recusado pela população, o BTI, ao contrário, mostrou-se como uma alternativa, provavelmente mais aceitável por ter sido identificado como um produto natural. Na percepção popular um produto natural é inofensivo à saúde.

Ao apresentar para os grupos focais, amostras do ABATE e do BTI, os participantes foram manuseando e observando de perto cada um deles, nas comparações feitas no momento da discussão emergiram interpretações, como as descritas a seguir:

Mais eu tenho pra mim que vai ser mais aceitável (BTI) do que isso daí (ABATE), porque você diz é o mesmo complemento daquele, resolve o mesmo caso e foi botado num produto que não contém aquele mau cheiro, com certeza as pessoas vão usar mais.

*Não é veneno ele é um bichinho biológico e vai comendo a larva mas ele não é veneno, é um produto biológico, é natural. O produto natural a pessoa já sabe que não faz mal a nada e o químico faz.
(Jardim América)*

Pelas falas fica evidenciado que o BTI para a população estudada tem o significado de produto natural. Na visão popular o produto natural é visto como inofensivo à saúde das pessoas por ele não conter em sua formulação agentes químicos.

Comparativamente, nos grupos de discussão realizados com os servidores, o BTI também se apresentou como um produto natural, embora a sua inocuidade por ser biológico tenha sido questionada, uma vez que não são conhecidos ou divulgados os efeitos que este pode trazer para o meio ambiente.

O lado positivo não tem cheiro, não é veneno não, é um produto biológico, é natural. Só o cheiro já ajuda. Tem que mostrar, e não dizer que o outro não prestava e que causava problema pra população, você tem que dizer que ta sendo substituído porque adquiriu resistência e que nós ter um produto natural, hoje em dia natural ta vendendo saúde. (Grupo Focal, Inspectores de campo)

Durante as observações em acompanhamento aos agentes de saúde na atividade de tratamento focal, utilizando o BTI, percebeu-se, por parte das pessoas abordadas, uma aparente apatia diante da mudança do produto, não se constatando qualquer questionamento sobre os possíveis riscos envolvidos no uso do novo larvicida. Essa atitude da população pode representar uma sutil resistência ao modelo de abordagem utilizado pelas instituições responsáveis pelo programa de controle da Dengue.

4.9 O Processo de Participação Social sob o Olhar da População: (...) nunca a população deixa de participar, de colaborar, nunca! (...)

No presente estudo, os informantes demonstram ter assimilado as mensagens que conclamam a sua participação para não deixar o mosquito da Dengue se proliferar no seu ambiente domiciliar. Nas transcrições que seguem, os informantes se reportando as campanhas de massa e ao trabalho realizado pelo agente de saúde na sua casa, sugerem seguir a risca o que lhe mandam fazer para evitar o mosquito:

(...) um dia desse, teve uma campanha aí contra a Dengue, eu tava até olhando, olhando o cartaz, a gente faz aqui do jeito que pede, nós, só não temos caixa d'água né, mas em termos de higiene aqui o necessário a gente faz. A gente não tem garrafa no quintal, não tem pneu, as plantas que tem é em jarro, se tiver alguma coisa é por aí, mas aqui atrás é tudo plantada, só isso mesmo (Vendedor, 25 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

(...) no pote eu não tiro a boquinha, eu tiro água pela torneirinha, e aqui que é o tanque, eles colocaram os peixinho dentro (Dona de casa, 41 anos, Caso de DC, Granja Lisboa)

O rapaz veio da SUCAM, falou que tinha que colocar, aí o meu cunhado veio e colocou e amarrou com uma fita preta, aí sempre tem que coisar, tem que tirar e bota de novo, o negócio é colocar(...) tem aquele tipo uma tela verde né? (Dona de casa, 29 anos, Caso de DC, Granja Lisboa).

Observamos, assim, que esses informantes, de uma área pobre da periferia de Fortaleza, incorporam na sua concepção, a participação social como um componente fundamental no controle da dengue. Entretanto, uma dona de casa, diagnosticada com DC, residente da Aldeota identifica uma atitude de passividade, por parte de alguns seguimentos da população, quando afirmando: (...) *a população parece não ajudar muito né? Porque a gente sabe que os focos estão acumulados nas plantas, nos baldes, nos pneus, em latinhas, jardins com água e continuam fazendo isso, não tiram as coisas que precisa, não se evita então, realmente.*

Mesmo não conhecendo os nomes técnicos para os locais onde o mosquito se reproduz, nomeados na linguagem técnica como potenciais criadouros do *Aedes aegypti*, focos ou fontes de contaminação da doença, os informantes mostraram-se conhecedores desses locais comuns onde o mosquito da Dengue se reproduz. Mostrando ainda a necessidade de ter determinados cuidados com os depósitos de armazenar água presentes no ambiente doméstico explicando *aqui a gente tem tudo seco, não tem assim, vasilha com água, garrafa com água, as garrafas são tudo emborcada (...)*. Essa prática é demonstrativa de que a população reconhece o papel que lhe é cobrado no controle do vetor.

Além de conhecer os locais comuns que o mosquito da Dengue mais gosta para por os seus ovos, dentro de casa (cisternas, caixas d'água, tanques, garrafas, latas e outros) os moradores identificam outros "esconderijos" preferidos dos mosquitos localizados fora do ambiente domiciliar, tais como: *terrenos baldios, córregos, esgotos a céu aberto e outros*. Esse conhecimento sugere que cabe ao poder público cumprir com a sua parte, intervindo nos locais que fogem ao controle individual.

Clara, na concepção popular é a idéia de "participar", consistentemente associada aos conteúdos das mensagens educativas repassadas pelo pessoal do programa de controle da endemia e pelos diversos meios de comunicação de massa. Para as pessoas, participar significa permitir que o agente de saúde entre em sua casa e faça o seu trabalho. Cabendo a população seguir as orientações repassadas por ele.

Estas significações remetem a comportamentos obrigatórios, cabendo a culpa da escassa participação popular aos próprios populares. Entretanto, nos relatos seguintes

identificamos interpretações supostamente conflitantes na fala dos informantes sobre o envolvimento da população no controle da doença:

Tem grande parte da população que não está auxiliando, nem tomando as precauções que são orientadas pela Secretaria de Saúde, pelo Governo. Tem que haver cooperação da população toda, inclusive, não deixando acumular água em locais que poderia ser evitado (...) (Dona de casa, caso de DC, Aldeota).

(...) a população sempre que ela é convocada, ela participa! Sempre, sempre. A população participa, agora a população está sempre é massacrada, nunca a população deixa de participar, de colaborar,... nunca!... Agora o que falta é a ação do Governo. (...) (Professor Universitário, caso de FHD, Aldeota).

Podemos observar pelas falas que a visão popular sobre o processo de participação não é consensual entre os entrevistados. As construções populares sobre o envolvimento da população no controle da dengue, mostram-se ainda, influenciadas pelo modelo assistencialista e verticalizado do programa de controle, centrado na mudança de comportamento individual. Concepções que denotam a perpetuação histórica desse paradigma. As medidas de controle do vetor são essencialmente as mesmas usadas por Oswaldo Cruz no começo do século passado. Tais medidas de controle vetorial são baseadas no uso de produtos químicos para eliminação das larvas e dos mosquitos adultos, cabendo à população o papel passivo de seguir meras prescrições de controle da doença.

Atualmente, um dos aspectos mais importantes para o controle do *Aedes* é o envolvimento da população com definição de responsabilidades. Em 1997, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) dizia em seu Plano Continental para o combate ao *Aedes aegypti*, que o controle dos recipientes onde o mosquito *Aedes aegypti* se procria é a pedra angular de qualquer esforço para prevenir a Dengue. O controle efetivo dos criadouros inclui dentre outros elementos o saneamento ambiental, a participação social, a comunicação e a educação em saúde (OMS, 2000).

No Brasil, os documentos oficiais que orientam as atuais estratégias de controle da Dengue fundamentam a importância da participação social, enfatizando que “é necessário promover exaustivamente a Educação em Saúde, até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema, para que possa participar efetivamente. A população deve ser informada sobre a doença, modo de transmissão, quadro clínico,

(tratamento etc), sobre o vetor (seus hábitos, criadouros domiciliares e naturais) e sobre as medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2002a).

Na tentativa de compreender e descrever como fatores socioculturais interferem no controle do *Aedes aegypti* e da Dengue com participação social, procuramos investigar não só as concepções e significados populares em relação a esta questão, mas também de servidores envolvidos com o controle da Dengue em Fortaleza.

4.10 O Processo de Participação Social sob o Olhar Institucional: (...) para a população participar só basta uma coisa: ela seguir as orientações do agente de saúde (...).

Os servidores envolvidos nesse estudo identificam como uma lacuna para o controle da dengue em Fortaleza, a falta de participação da população. Foi comum entre os informantes integrantes da categoria institucional relatar que *a participação da população é de fundamental importância, porque não adianta todos os órgãos trabalharem e a população fazer o contrário (...)*. Por exemplo, quando o agente coloca o larvicida nos depósitos muitos derramam a água ou então quando ele orienta para que a caixa d'água ou qualquer depósito seja bem protegido a população não acata e, no retorno ao domicílio, identifica que existem larvas do mosquito naqueles recipientes, significando que as pessoas não seguiram suas recomendações.

Sob o ponto de vista de um agente de saúde, com nove anos de experiência nas ações operacionais de controle da dengue em Fortaleza, a população não segue *ao pé da letra* os comandos das autoridades de saúde para evitar que o mosquito se reproduza, e argumenta: *para a população participar só basta uma coisa: ela seguir as orientações de agente de saúde. Só isso mesmo. Se ela seguisse a orientação ao pé do que agente fala, com certeza o controle do Aedes tava praticamente em toda Fortaleza.*

Quando a população se recusa a cumprir com as ordens, negando a sua participação efetiva nas ações comandadas, os servidores têm suas próprias explicações, apontando como razões da falta de participação social, características psicológicas e comportamentais tais como: *pouco interesse por parte da população; falta de conhecimento;*

acham que a responsabilidade é do governo, sugerindo uma aparente passividade da população diante do problema, ou ainda como relatou uma educadora da FUNASA, com 14 anos de experiência nessa área junto ao controle da Dengue:

(...) eu acho que a população tem sido omissa muitas vezes, no que se refere ao seu papel de participar, porque tem coisas no programa de Dengue, pontos que são muitos inerentes a comunidade (...) o agente de saúde passa a informação, os meios de comunicação divulgam, a educação faz a mobilização, a ação educativa, mas a prática mesmo quem tem que fazer é a população.

O posicionamento desses servidores está pautado na suposta verdade de que o trabalho que o governo faz através dos agentes de saúde ou agentes sanitários, educadores e por meio das campanhas de mídia, somado à ajuda da população, vai resolver o problema da Dengue. Os informantes identificam a população como colaboradora do seu processo de trabalho, sendo ele o único ou o principal protagonista do controle. Nesse sentido, a população está participando quando segue fielmente, sem criar, modificar ou inovar as práticas de combate à Dengue, ou seja, as ações ordenadas pelas autoridades institucionais. Estas visões, na verdade traduzem o discurso institucional e técnico sobre a participação social no controle do *Aedes* e prevenção da doença.

Sobre essa discussão Valla (2000), coloca as nossas dificuldades em interpretar as classes subalternas, ressaltando que: *a crise de interpretação é nossa, a começar pela idéia de "iniciativa (...)" penso que na relação profissional/população muitos de nós trabalhamos com a perspectiva de que a "iniciativa" é parte da nossa tradição e que a população falha nesse aspecto, fazendo com que seja vista como passiva e apática.*

Além das explicações já apresentadas a falta de participação da população foi associada às condições sócio-econômicas da população, tais como, situação financeira, condições de moradia e desemprego, e justificam:

(...) uma epidemia dessa, lógico que chama atenção (...) todos querem acabar com o mosquito, todos dão sua parcela de participação, mas existem tantas carências que no momento pra ela são prioridades (...) a fome, a miséria, as pessoas não tem água encanada (...)

Na área da periferia a gente nota que o bicho pra população, o bicho lá é o desemprego, o bicho lá é a habitação, que não tem moradia, o bicho é a fome e na

aldeota o problema é o preconceito (...) você acha que é grave, mas nunca acha que tá na sua casa, tá lá na periferia (...)

Percebemos por essa fala, que os momentos de epidemia, com a intensificação da divulgação pelos meios de comunicação de massa, foram apontados pelos servidores como uma força motivadora da participação social nas atividades de controle da Dengue, embora reconheçam que seja uma *participação, assim, muito de momento. No momento que tá tendo casos de Dengue e que a mídia começa a divulgar, a população começa a se preocupar mais, começa a contribuir e a participar mais.* Por estes depoimentos podemos identificar que na visão dos servidores os meios de comunicação têm um papel relevante para levar a população informações sobre a situação da dengue na cidade e que a experiência com a doença é um motor que estimula a participação social. Segundo o informante, passado o surto epidêmico a Dengue perde a sua importância como problema de saúde, dentro do cotidiano das pessoas.

Os servidores identificam ainda que: *as pessoas precisam de muita coisa, e quando a gente fala em Dengue no momento que não tá havendo Dengue pra ela, é como se aquilo tivesse bem distante e não fosse acontecer mais de jeito nenhum (...)*. Dessa forma, as carências da população, que não são poucas, fazem então com que se perca a noção de quão real é o problema da Dengue, na medida em que a ocorrência da doença deixa de ser uma prioridade na vida das pessoas.

Com base no conjunto das interpretações dos informantes, é possível ver que a realidade é percebida em dois momentos. Durante as epidemias, a população se mostra mais disposta a “aceitar e colaborar” com o trabalho do agente de saúde ou agentes sanitaristas, talvez, devido à intensificação dos casos da doença e do perigo de adoecer da forma hemorrágica da Dengue. Quando as epidemias cessam, a importância da doença para a população diminui, na medida em que a mídia deixa de focar o problema e outras questões básicas do cotidiano tornam-se mais relevantes.

Essa visão técnico/institucional (biomédica) que identifica uma aparente atitude de passividade da população diante do problema da dengue pode estar vinculada ao modelo tradicional de abordagem da participação, entendida como um convite das autoridades para que a população tenha uma participação mais freqüente. Valla (2000, p. 21) assinala que “as autoridades querem a participação popular para solucionar problemas para os quais não dão

conta” e que esta forma de participação, na verdade, significa uma forma de legitimação do poder.

Para a população a “não participação” significa um “não aceite” a essa forma de abordagem, uma vez que ela não se vê como participe da problemática, dada a sua exclusão na formulação das propostas de enfrentamento da dengue que gera uma não credibilidade no interesse das autoridades em resolver esse problema. Resgatando novamente Valla (2000): “Justamente a descrença da população quanto ao interesse dos governos em resolverem seus problemas, faz com que sua forma de participar seja diferente do que a suposta pelo convite”.

Esse modelo de abordagem institucional sobre participação se situa na concepção tradicional da educação pautada na transmissão de conhecimento e na suposta idéia de que o conhecimento sobre a doença e formas de prevenção vai resultar numa mudança de atitude da população frente ao problema. Em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, Freire (1987) faz crítica a essa concepção tradicional da educação como instrumento de opressão social, denominando – a de “educação bancária”.

Nesse modelo de abordagem, os sujeitos do ato educativo estabelecem uma relação de poder, na qual os conteúdos são transmitidos pelo educador (as instituições) e o educando (a população) assimila os ensinamentos sem que tenha oportunidade de questionar qualquer relação com a sua realidade.

Essa forma de abordagem representa um contraponto as atuais estratégias de controle da dengue que aponta para a necessidade de uma reordenação das estratégias de educação em saúde e de participação social que supere o conceito de participação como adesão às propostas oficiais, e promova a apropriação do programa de controle pela comunidade, com delegação e cumprimento de responsabilidades e tarefas (WHO, 2000). Esse enfoque, centrado na apropriação do programa de controle pelas comunidades com delegação e cumprimento de responsabilidade, representa no conceito de promoção da saúde, possibilidades das pessoas tornarem – se capazes de ter controle sobre suas vidas, permitindo uma aproximação das pessoas com sua realidade, possibilitando a identificação de seus problemas, descobrindo suas habilidades e confiança para atuarem sobre eles (BRASIL, 1996). Para alguns autores essa compreensão é definida como *empowerment* (FESTE, C.; ANDERSON, R. M., 1995).

Esse conceito de empoderamento (empowerment) é coincidente com a concepção pedagógica problematizadora e libertadora de Paulo Freire, que propõe a formação da consciência crítica a partir do pensar criticamente sobre a sua realidade. A partir dessa concepção pedagógica, a educação em saúde se constitui em uma prática de serviço permeada por componentes pedagógicos e sociais. Um caminho capaz de produzir a direção e o sentido das intervenções de Promoção da Saúde, ou seja, a construção coletiva do saber da população ultrapassando o âmbito das instituições de saúde e alcançando as instituições sociais (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988).

5 CONCLUSÕES

A percepção sobre a participação social como um potencial instrumento para o controle da dengue, é dinâmica entre as pessoas, ora conflitante e/ou coincidente. Tanto a população quanto os servidores ligados ao controle da Dengue apresentam o mesmo discurso, embora em situações diferentes. Na perspectiva dos dois modelos paradigmáticos, o institucional e o popular, a participação do cidadão e da sociedade se limita a adesão das pessoas às ações planejadas e realizadas pelas instituições governamentais cabendo a população cumprir com aquilo que lhe mandam fazer para que o mosquito não se reproduza no domicílio. Verifica-se que as explicações de ambos são pautadas num modelo vertical de transferência de conhecimento, uma vez que os conhecimentos adquiridos pelos agentes de saúde e repassados à população não têm necessariamente vinculação com a realidade dos mesmos. Isto é evidenciado, por exemplo, quando se procura explicar de quem é a culpa pelo adoecer de Dengue.

Desta forma, podemos concluir que existe uma compreensão fragmentada, ou, no mínimo equivocada do processo de participação social no controle da Dengue em Fortaleza, tanto do ponto de vista popular como do ponto de vista institucional. Isto dificulta sobremaneira o entendimento do conteúdo da mensagem educativa e a sua tradução em ações de controle.

A partir do conhecimento de como pessoas, diagnosticadas com Dengue, em Fortaleza, interpretam e lidam com essa situação no seu cotidiano podemos concluir que vários fatores socioculturais podem influenciar o controle da dengue e do seu vetor com uma efetiva participação da comunidade:

- A percepção inicial dos informantes populares associando a dengue a uma virose comum, dificulta a construção de um diagnóstico popular da doença banalizando-a;
- A compreensão pelos informantes, do agravamento do seu quadro clínico, o conhecimento das formas graves da doença e a sua

conseqüente severidade, revelam uma noção de etnoepidemiologia da Dengue;

- A Dengue não se apresenta relevante nos momentos em que sua incidência é baixa, devido às adversidades vividas pelas pessoas. Esse quadro de indiferença só se altera em situações de epidemia, quando há uma maior divulgação do problema pela mídia; intensificação dos casos novos, aumentando o risco de uma epidemia de Febre Hemorrágica da Dengue.
- As dificuldades enfrentadas pelos doentes na busca de tratamento, decorrentes das deficiências do sistema de saúde, fazem com que eles busquem medidas alternativas, tais como automedicação, os remédios caseiros e o apelo a fé divina para curar os seus males ou até mesmo para conformar a sua dor e seu sofrimento;
- As explicações populares inter-relacionam a transmissão da Dengue pela picada do mosquito às condições ambientais, ao comportamento humano, ao sistema de crenças e valores;
- Há uma ênfase na transferência de responsabilidade pelo problema numa demonstração de “culpabilização do outro”.
- Para a população aspectos ligados ao saneamento ambiental, tais como abastecimento d’água e a coleta de lixo podem ser elementos fundamentais para o sucesso das ações de controle da doença.

6 RECOMENDAÇÕES

- As instituições de saúde envolvidas com o controle da dengue em Fortaleza devem levar em conta que fatores sociais, culturais e estruturais influenciam na forma como as pessoas lidam com o controle dessa doença no seu contexto.
- É preciso dotar a população de um conhecimento integral sobre a dengue, para que ela possa construir um efetivo diagnóstico popular da doença, evitando assim a sua banalização;
- Que haja transparência nas informações repassadas pelos órgãos do governo sobre a real situação da dengue em Fortaleza;
- É necessário que as estratégias de comunicação de massa através da mídia sejam ações contínuas e permanentes independentes dos momentos de epidemia;
- Uma prática educativa que visa o controle da dengue centrado no ser humano deve se pautar em ações que propiciem a população uma compreensão da dengue como algo pertencente ao seu cotidiano.
- Devem ser implementadas estratégias educativas onde se estabeleça o diálogo com a população, permitindo uma melhor interpretação do conhecimento disponível sobre a doença, incluindo as medidas preventivas de natureza individual, familiar e coletiva.
- As ações educativas junto a população de Fortaleza devem ter como um de seus propósitos identificar e capacitar as lideranças existentes em Fortaleza, para que possam se tornar agentes multiplicadores no processo educativo;
- Identificar interlocutores da comunidade junto ao poder público para negociar uma proposta que realmente envolva a população no controle da dengue;

- As ações de Educação em Saúde junto à comunidade devem propiciar o desenvolvimento das habilidades individuais e as competências culturais da população capacitando-a para cuidar de si mesmo e do ambiente onde vivem;
- A necessidade de se buscar uma aproximação entre o saber técnico e o saber do povo, criando eles uma ponte interligando as explicações biomédicas com as explicações populares.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, A. J. O Planejamento de pesquisas qualitativas em educação. *Cad. Pesq.* São Paulo, n. 77, p. 53-61, 1991.

ALVES, P. C.; RABELO, M. C. M. Significação e metáforas na experiência da enfermidade. In: RABELO, M. C. M.; ALVES, P. C. B.; SOUZA, I. M. A. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999. p.171-185.

ALVES-MAZZOTTI, A. J. **O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa**. São Paulo: Pioneira, 1998.

AMMAN, S. B. **Ideologia de desenvolvimento de comunidade no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Participação social**. São Paulo: Cortez, 1980.

ANGEL, R.; THOITS, P. The impact of culture on the cognitive structure of illness. *Cult. Med. Pshychiatry*, v. 11, n. 4, p. 465-494, 1987.

AYYAMANI, U. D.; YING, G. C.; SAN, O. G. A knowledge, attitude and practice (KAP) study on dengue/dengue haemorrhagic fever and the *Aedes aegypti* mosquitoes. *Med. J. Malaysia*, v. 41, n. 2, p. 108-114, 1986.

BAPTISTA, M. V. A participação como valor e estratégia de ação do serviço social. *Serv. Soc. Soc.*, ano 8, n. 25, p. 83-109, 1987.

BOSI, M. L. M. **Profissionalização e conhecimento: a nutrição em questão**. São Paulo: Hucitec, 1996.

BRASIL. Constituição. **Constituição 1988**: texto constitucional de 5 de outubro de 1988 com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais n. 1/92 a 18/98 e pelas Emendas constitucionais de revisão n. 1 a 6/94. Brasília: Senado Federal, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde – NOB-SUS 01/96**. Brasília, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano diretor de erradicação do *Aedes aegypti Aegypti* no Brasil**: manual de normas técnicas, de intensificação das ações de controle da Dengue. Brasília, 1996a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996. 48 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 2002a. v. 1, p. 204.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Situação epidemiológica da Dengue no Brasil. **Bol. Epidemiol.**, ano 3, n. 1, p. 1-2, jan./mar., 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Dengue: Instruções para Pessoal de Combate ao Vetor**. Manual de Normas Técnicas. Brasília, 2001. 84 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Atenção Básica. **Avaliação da implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família-PSF**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **I Seminário de Experiências Internacionais em Saúde da Família**. Relatório final. Brasília, 2000.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**. v. 31, n. 2, p. 209-213, 1997.

CANESQUI, A. M. Trajetória da educação popular nas instituições estaduais de saúde. In: PAIVA, V. (Org). **Perspectivas e dilemas da educação popular**. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

CAPRA, F. **O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente**. São Paulo: Cultrix, 1982.

CARLINI-COTRIM, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em investigação sobre abuso de substâncias. **Rev. Saúde Pública**, v. 30 n. 3, p. 285-293, 1996.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Políticas em Saúde Núcleo de Epidemiologia. **Inf. Semanal Dengue**, p. 1-4, nov. 2000.

CEARÁ. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Dengue. Inf. Semanal Dengue**, p. 1-7, 2001.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; MORAES, M. S.; FERNANDES, M. A. Avaliação dos resultados de incentivo a participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 101-109, 1998.

CHIARAVALLOTI NETO, F. Conhecimentos da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle em São José do Rio Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 447-453, 1997.

CUNHA, R. V.; MIAGOSTOVICH, M. P.; PETROLA, Z.; ARAÚJO, E. S. M.; CORTEZ, D.; POMBO, V.; SOUZA, R. V.; NOGUEIRA, R. M. R.; SCHATZMAYR, H. G. Retrospective study on dengue in Fortaleza, State of Ceará, Brasil. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 93, n. 2, p. 155-159, 1998.

DIAS, J. C. P. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2 p. 19-37, 1998.

DONALÍSIO, M. R.. **O dengue no espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1999.

ESCOREL, S. **Vidas ao léu: trajetórias de exclusão social**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

FEST, C.; ANDERSON, R. M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Educ. Couns.**, v. 26, p. 139-144, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

GADOTTI, M. **História das idéias pedagógicas**. São Paulo: Ática, 1997.

GEERTZ, C. **A Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989

GORDON, A. J.; ROJAS, Z.; TIDWELL, M. Cultural factors in *Aedes aegypti aegypti* dengue control in Latin America: a case study from the Dominican Republic. **Int. Q. Comm. Health Educ.**, v. 10, n. 3, p. 193-211, 1989-1990.

GUBLER, D. J. *Aedes aegypti aegypti* and *Aedes aegypti aegypti*-borne disease control in 1990s: top down or bottom up. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 40, p. 571-578, 1989.

GUBLER, D. J.; CASTA-VALEZ, A. A program for prevention and control of epidemic Dengue and Dengue hemorrhagic fevr Puerto Rico and the U.S. Virgin Islands. **Bull. Pan Am Health Organ.**, v. 25, n. 3, p. 237-247, 1991.

GUBLER, D. J.; CLARK, G. G. Community-based integrated control of *Aedes aegypti aegypti*: A brief overview of current programs. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 50, n. 6, p. 50-60, 1994.

_____. Community involvement in the control of *Aedes aegypti aegypti*. **Acta Tropica.**, v. 61, p. 169-179, 1996.

KLEINMAN, A. **The Illness narratives: suffering, healing e the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

KROEGER, A.; DEHLINGER, U.; BURKHARDT, G.; ATEHORTUA, W.; ANAYA, H.; BECKER, N. Community based dengue control in Columbia: people's knowledge and practice and the potential contribution of the biological larvicide Bti (*Bacillus thuringiensis israelensis*). **Trop. Med. Parasitol.**, v. 46, p. 241-246, 1995.

LEONTSINI, E.; GIL, E.; KENDALL, C.; CLARK, G. G. Effect of a community-based *Aedes aegypti* control programme oon mosquito larval production sites in El Progreso, Honduras. **Trans. R. Soc. Trop. Méd. Hyg.**, v. 87, p. 267-271, 1993.

LIMA, S. A. B. Considerações sobre a participação social e a prática profissional. **Serv. Soc. Soc.**, ano 4, n. 10, p. 41-53, 1982.

LLOYD, L. S. et al. The desing of a community-based health education intervention for the control of *Aedes aegypti aegypti*. **Am. J. Trop. Med. Hvg.**, v. 50, n. 6 suppl., p. 401-411, suppl., 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 1998.

_____. Representação da cura no catolicismo. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

MINAYO, M. C. S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade. **Cad. Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

NATAN, M. B., et. al. *Aedes aegypti aegypti* infestations characteristics in several Caribbean Counties and implications for integrated community-based control. **J. Am. Mosquito Control, Assoc.**, v. 7, n. 3, p. 400-404, 1991.

NATIONS, M. K.; MONTE, C. M. "I am not dog no!": popular resistance against cholera control campaings. **Soc. Sci. Med.**, v. 43, n. 6, p. 1007-1024, 1996.

NOGUEIRA, R. M. R., MIAGOSTOVICH, M. P.; SCHATZMAYR, H. G.; SANTOS, F. B.; ARAÚJO, E. S. M.; FILIPPIS, A. M. B.; SOUZA, R. V.; ZAGNE, S. M. O.; NICOLAI, C., BARAN, M.; TEIXEIRA FILHO, G. Dengue in the State of Rio de Janeiro, 1986-1998. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 94, n. 3, p. 297-304, 1999.

OLIVEIRA, M. L. Concepções, dificuldades e desafios nas ações educativas em saúde para escolares no Brasil. **Divulg. Saúde Debate**, n. 18, p. 43-50, 1997.

OLIVEIRA, R. M. A Dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 69-78, 1998.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde coletiva: uma nova saúde pública ou campo aberto a novos paradimas? **Rev. Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

PILLON, A. F. Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. **Rev. Saúde Pública**, v. 20, p. 391-396, 1986.

PITTA, A. M. R. **Saúde e comunicação: visibilidades e silêncios**. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

PITTA, A. M. R. Comunicação e saúde: a complexidade e o desafio das práticas. Informação e comunicação social em saúde. In: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Informação e comunicação social em saúde**. Brasília, 1996. p. 16-22. (Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n. 15).

PONTES, R. J. S.; RUFFINO-NETO, A. Dengue em localidade urbana da região sudeste do Brasil: aspectos epidemiológicos. **Rev. Saúde Pública**, v. 28, n. 3, p. 218-227, 1994.

REZENDE, A. L. M. **Dialética do pensar e fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.

ROSEMBAUM, J.; NATHAN, M. B.; RAGOONANANSINGH, S.; RAWLINS, S.; GAYLE, C.; CHADEE, D. D.; LLOYD, L. S. Community participation in dengue prevention and control: a survey knowledge, attitude, and practice in Trinidad and Tobago. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 53, n. 2, p. 111-117, 1995.

SAVIANI, D. **Escola e democracia: teorias da educação, curvatura da vara, onze teses sobre Educação Política**. São Paulo: Cortez, 1987.

SLOSEK, J. *Aedes aegypti* in the mosquitoes in the Américas: a review of their interaction with the human population. **Soc. Sci. Med.**, 1986. V 23. p: 249 - 257

SCRIMSHAW, S. C. M.; HURTADO, E. **Procedimentos de assessoria rápida (RAP), para programas de nutrição y atención primaria de salud: enfoques antropológicos para mejorar la efectividad de los programas**, 1988. Tóquio: Universidad delas Naciones Unidas, 1988.

STOTZ, E. N. Enfoques sobre educação em saúde. In. VALLA, V. V. (Org.). **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993. p.13-22.

SWADDIWUDHIPONG, W.; CHAOVAKIRATIPONG, C.; NGUNTRA, P.; KOONCHOTE, S.; KHUMKLAM, P.; LERDLUKANAVONGE, P. Effect of health education on community participation in control of dengue hemorrhagic fever in an urban area of Thailand. **Southeast Asian J. Trop. Méd. Public Health**, v. 23, n. 2, p. 200-206 1992.

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L.; GUERRA, Z. Epidemiologia e medidas de prevenção da dengue. Centro Nacional de Epidemiologia. Fundação Nacional de Saúde. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 8, n. 4, p. 5- 33, 1999.

TERRIS, M. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. **J. Public Health policy**, v. 13, n. 3, p. 267-276, 1992.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

UCHÔA, E. Epidemiologia e antropologia: contribuições para uma abordagem dos aspectos conceituais transculturais da depressão. In CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências Sociais e Saúde**. HUCITEC-ABRASCO, 1997.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

UGALDE, A. Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs. **Soc. Sci. Med.** V. 21, n. 1, p. 41-53, 1985.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n.2, p. 69-78, 1998.

_____. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, P. F. C. et. al. A epidemia de Dengue em Fortaleza, Ceará: inquérito Soro-epidemiológico aleatório. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.5, p. 447-454, 1998.

VASCONCELOS, P.F.C., MENEZES, D. B.; MELO, L.P.; PESSOA, E.T.F.P.; RODRIGUES, S.G.; TRAVASSOS DA ROSA, J.F.S.; ANDRADE, F.M.O.; TRAVASSOS DA ROSA, A.P.A. A large epidemic of Dengue Fever with Dengue Hemorrhagic cases in Ceará State, Brasil, 1994. **Rev. Inst. Med. Trop.** São Paulo, v. 37, n. 3, p. 253-255, 1995.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire' ideas adapted to health education. **Health Educ. Q.**, v. 15, n. 4, p. 379-394, 1988.

WESTPHAL, M. F. et. al. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol Oficina Sanit Panam**, v. 120, n. 6, p. 472-482, 1996.

WINCH, P.; LLOYD, L.; GODAS, M.D.; KENDALL, C. Beliefs about the prevention of dengue and other illnesses in Mérida, Mexico. **J. Trop. Med. Hyg.**, v. 94, p. 377-387, 1991.

WINCH, P.; KENDALL, C., GUBLER, D. Effectivness of community participation in vector-borne disease control. **Health Pol. Planning**. v. 7, n. 4, p. 342-351, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Communicable Disease Control, Prevention, and Eradication Parasitic Diseases and Vector Control. **Strengthening implementation of the global strategy for Dengue fever/ Dengue haemorrhagic fever prevention and control.** Report informal consultation. Geneve, 2000.

YASUMARO, S.; SILVA, M. E.; ANDRIGHETTI, M. T. M.; MACORIS, M. L. G.; MAZINE, C. A. B.; WINCH, P. J. Community involvement in a dengue prevention project in Marília, São Paulo, State Brasil. **Human Org.**, v. 57, n. 2, p. 209-214, 1998.

ALÉM DO AEDES PARA CONTROLAR A POPULAÇÃO PARA INCENTIVAR – DESAFIOS E PERSPECTIVAS DO CONTROLE DA DENGUE EM FORTALEZA

RESUMO

O presente trabalho, apresenta e discute os resultados de um estudo realizado a partir da percepção de grupos populacionais e de profissionais envolvidos com o controle da Dengue em Fortaleza-CE. O objetivo principal foi compreender e explicar como fatores sócio-culturais podem interferir no controle do *Aedes aegypti* e da Dengue. Simultaneamente, buscou-se apontar competências culturais que podem ser valorizadas para um controle sustentável da doença, com envolvimento da comunidade. Para captar a realidade empírica foi utilizada a metodologia qualitativa, dentro da perspectiva da antropologia médica. Foram realizadas observações etnográficas, seguidas de grupos focais de discussão e entrevistas compostas por perguntas abertas e semi-estruturadas para aprofundamento de questões importantes. Os resultados mostram que Tanto a população quanto o governo são apontados, em algum momento, como responsáveis pelo problema da Dengue em Fortaleza. Existe o reconhecimento, por parte de ambos, de que ações isoladas não vão resolver a questão, apontando para a necessidade de uma composição de forças, envolvendo toda a sociedade. Entretanto é preciso elaborar novas estratégias de controle com participação social, levando em consideração o vasto conhecimento popular, adquirido na convivência diária com a enfermidade e a competência humana para ações de auto-cuidado.

ABSTRACT

This study investigates dengue disease perceptions among layperson's and professionals involved in control actions in Fortaleza, Ceará, Brazil. The study's general aim was to comprehend and to explain how social and cultural factors influence the efficient control of the disease and its vector, *Aedes aegypti*. Additionally, this research sought to point out existing cultural competencies that could be amplified in a sustainable disease control intervention, emphasizing popular participation. In order to capture the empirical reality, qualitative methodologies and theoretical perspectives from the field of medical anthropology were utilized. Open-ended, ethnographic interviews with key informants, participant-observation of daily events and focal group discussions provided an in-depth view of the subjective, lived-experience of humans confronting dengue. Results reveal that. Blame for dengue control program failures fall on both the population-at-risk as well as government institutions. There is, however, a consensus that isolated actions by either party will not solve the problem. A combined effort, therefore, is essential to successfully control dengue and its vector in Fortaleza. The development of new control strategies, based on popular participation, must take into account lay disease knowledge, constructed from people's daily experience with the disease, and their capacity for self care.

1 INTRODUÇÃO

Dengue, uma das mais importantes doenças transmitidas por vetores e que afetam as populações humanas continua ocupando espaços em proporções cada vez maiores. Atualmente, um dos aspectos mais relevantes para o controle do *Aedes aegypti*, principal vetor da doença, é o envolvimento da população com definição de responsabilidades. Entretanto, para Reiter (1992), um dos maiores desafios para o controle de algumas doenças

transmitidas por vetores é exatamente conseguir a participação efetiva da população na adoção das medidas de controle vetorial. Em 1997, a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) dizia em seu Plano Continental para o combate ao *Aedes aegypti*, que o controle dos recipientes onde os vetores procriam, é a pedra angular de qualquer esforço para prevenir a Dengue. O controle efetivo dos criadouros inclui dentre outros elementos o saneamento ambiental, a participação social, a comunicação e a educação em saúde (WHO, 2000). Dessa forma, recomenda que se invista cada vez mais em educação, participação social e mudança de comportamento, tanto da população afetada como das instituições e equipes oficiais envolvidas com o controle da Dengue (WINCH, 1991, 1992).

A partir da constatação de que conceitos e comportamentos humanos, culturalmente construídos e subjetivamente vividos, contribuem para o aparecimento de criadouros do *Aedes aegypti*, a educação em saúde emerge como um instrumento capaz de motivar a população a participar efetivamente do controle dessa doença. No Brasil, os documentos oficiais que orientam as atuais estratégias de controle da Dengue fundamentam a importância da participação social, enfatizando: “é necessário promover exaustivamente a Educação em Saúde, até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema, para que possa participar efetivamente. A população deve ser informada sobre a doença, modo de transmissão, quadro clínico, (tratamento etc), sobre o vetor (seus hábitos, criadouros domiciliares e naturais) e sobre as medidas de prevenção e controle (BRASIL, 2002b). Respondendo a essa premissa, as instituições governamentais responsáveis pelo controle da dengue em Fortaleza, vem desenvolvendo intervenções de educação em saúde disseminando informações sobre Dengue e sua prevenção através de escolas, grupos comunitários e principalmente, da mídia. A expectativa em torno dessas ações é a de que a população uma vez informada passe a adotar medidas que possam resultar na eliminação ou na diminuição dos criadouros do mosquito no seu ambiente domiciliar. Entretanto, a experiência tem mostrado que somente o conhecimento repassado através das mensagens educativas não tem resultado numa mudança de prática da população quanto à eliminação de criadouros do *Aedes aegypti* como mostram estudos realizados em Trinidad e Tobago por (Rosenbaum, et. al., 1995, e em São José do Rio Preto – São Paulo por Chiaravalloti Neto et. al., 1998). Especificamente em Fortaleza, as estratégias de educação em saúde e de comunicação de massa parecem impotentes para despertar na população o senso de responsabilidade frente ao controle do vetor e da doença. A nossa experiência aponta que

apesar da tentativa de se congregarem ações verticalizadas com propostas de caráter participativo, as instituições oficiais fazem referência a uma suposta passividade da população quanto às práticas de manejo dos criadouros do *Aedes* no domicílio. Muito pouco ou quase nada se tem feito para avaliar como a população de Fortaleza traduz a responsabilidade que lhe é atribuída na redução da incidência da doença. Assim, para compreender e avaliar como a população se apropria do problema da dengue no seu cotidiano, a presente pesquisa foi realizada, a partir do estudo das concepções, valores, crenças e modelos explicativos tanto da população (modelo popular) como de servidores envolvidos no Programa de controle da Dengue em Fortaleza (modelo biomédico-institucional).

2 PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A pesquisa de campo teve como eixo básico, a metodologia qualitativa da antropologia médica. Fortaleza, área de estudo, foi escolhida como “laboratório sócio-cultural” ideal para aprofundar nossas investigações sobre o contexto humano da Dengue, dada a alta incidência da doença, os altos índices de infestação predial pelo *Aedes aegypti*, considerando ainda, os contrastes e desafios dessa enfermidade numa área urbana como a cidade de Fortaleza.

Fortaleza de Nossa Senhora da Assunção, capital do Estado do Ceará, com seu clima quente e tropical, figura como uma das principais e uma das mais belas cidades da Região Nordeste. MetrÓpole privilegiada com lindas praias e dias ensolarados, onde vivem quase dois milhões de pessoas cercadas não apenas pelos morros e serras presentes em sua paisagem natural, mas também onde se constatam contradições e conflitos sociais. No setor de serviços, o turismo é o que mais cresce na cidade. Apesar de Fortaleza ser desde sempre conhecida pela sua beleza natural, só em 1995 é que começou a desenvolver o turismo de uma maneira mais significativa. O turismo aumentou em média, no período de 1995 a 1999, 16,5%

por ano, de acordo com dados fornecidos pela Secretaria Estadual de Turismo. Em 2001, 1,6 milhão de turistas partiram à descoberta de Fortaleza. Um empreendimento que beneficia a indústria hoteleira, a restauração, os transportes e todas as empresas ligadas ao entretenimento e conta ainda com os artesãos distribuídos em pontos estratégicos como Avenida Beira mar, das boas e recomendadas caminhadas matinais ou vespertinas, a Avenida Monsenhor Tabosa, EMCETUR (Empresa Cearense de Turismo), mercado central, locais apropriados para comprar a “lembrancinha” dessa terra do sol, chamada Fortaleza.

O turismo é para Fortaleza um dos maiores geradores de emprego e de riqueza. Entretanto, não podemos perder de vista, que esse mesmo turismo gerador de emprego e renda é também um dos grandes estimuladores do consumo de álcool, drogas e da prostituição. É também na dinâmica desse turismo que doenças tais como, a Dengue podem se disseminar entre a população colocando em risco a saúde de milhares de pessoas.

Em meio a tanta beleza natural e a tanto investimento para conquistar e receber bem o turista, Fortaleza é uma cidade com muitos desafios a vencer. Na área da saúde pública, entre os arranha-céus da área nobre e as favelas da periferia da cidade, ricos e pobres, compartilham um dos maiores desafios à saúde pública do Estado, o problema da Dengue. No atual cenário epidemiológico da Dengue no país, Fortaleza se apresenta como uma das cinco capitais onde a situação da Dengue é preocupante. Nas seguidas epidemias da doença registradas no Estado do Ceará, de 1986 até 2001, Fortaleza sempre tem sido responsável pela maioria dos casos da doença.

Devido a maior prevalência dos casos de Dengue ocorrido em Fortaleza em 1994 ter sido entre a população com nível sócio-econômico e de escolaridade mais elevados, segundo estudos de Vasconcelos et al. (1998), optamos por uma amostra populacional estratificada sócio-economicamente.

A amostra foi formada por informantes-chaves de três segmentos: 1. Grupos populacionais de estrato sócio-econômico diferenciados - áreas médias e pobres de Fortaleza, sem considerar qualquer aspecto relativo a experiência com a doença. 2. A população atingida pela epidemia de Dengue em Fortaleza em 2001, de contexto sócio-econômico diferenciado, com experiência vivida com a forma clássica e/ou hemorrágica da doença. 3. Servidores

envolvidos com o planejamento, orientação e execução das atividades dirigidas para o controle vetorial nas Instituições do governo.

A coleta de dados foi realizada utilizando-se técnicas próprias da pesquisa qualitativa: 1. Observação etnográfica, 2. grupos focais de discussão; 3. entrevistas semi estruturadas. Através das técnicas utilizadas foram explorados os seguintes temas para análise: Identificação e compreensão de como os populares percebem e lidam com a experiência subjetiva do adoecimento de Dengue na sua vida cotidiana.; identificação e compreensão das estratégias populares de enfrentamento da doença; entendimento de como as pessoas interpretam e explicam o seu adoecimento; compreensão de como o saber popular e dos profissionais interpretam o papel da população no controle da Dengue; identificação e compreensão do saber local sobre as estratégias de controle da Dengue, propostas pelo programa oficial do governo.

Inicialmente, os informantes foram integrados ao estudo através de observações etnográficas, realizadas pela pesquisadora durante os eventos listados a seguir: Reuniões técnicas da Comissão Estadual de Dengue no Ceará; Audiências públicas tratando da questão em foco na Câmara dos vereadores de Fortaleza e na Assembléia Legislativa do Ceará; Eventos realizados pelos agentes de saúde, educadores e supervisores na sua rotina de trabalho (visitas domiciliares, ações de mobilização da comunidade, capacitação de multiplicadores das ações educativas e supervisão), em salas de espera das unidades básicas de saúde do Bairro Granja Lisboa participando de conversas informais enquanto os pacientes aguardavam atendimento.

Na evolução do trabalho de campo foram realizados três grupos focais de discussão envolvendo trinta e três informantes populares residentes em áreas de baixo e médio poder aquisitivo. Dessa maneira, foram realizados dois grupos, formados por pessoas de ambos os sexos, com pouco estudo formal, dos Bairros de Nossa Senhora das Graças (Comunidade de Quatro Varas) e Couto Fernandes, caracterizados como área pobre da periferia da cidade. Um grupo formado por professores e funcionários públicos, com nível de escolaridade médio e/ou superior, do Bairro de Jardim América, caracterizado como uma área média. Paralelamente foram realizados dois grupos com servidores atuantes em Fortaleza e com mais de cinco anos de experiência no desenvolvimento das ações inerentes ao programa de controle da Dengue.

Para aprofundar alguns pontos relativos ao nosso objeto de investigação foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. A utilização da entrevista nesta pesquisa não se deu por acaso, foi uma opção decorrente da necessidade de um aprofundamento das significações bem como para maior clareza e relevância dos dados obtidos nos grupos focais de discussão e nas observações de campo. Foram entrevistados treze pessoas diagnosticadas e confirmadas com Dengue Clássica e cinco com Dengue Hemorrágica, de estratos sócio-econômicos diferenciados e onze servidores que atuam no controle da Dengue em Fortaleza.

A categoria popular, foi constituída por 18 informantes, entre homens e mulheres, na faixa etária de 15 a 70 anos de idade, de estratos sócio-econômico diferenciados, sendo 13 que vivenciaram experiência com Dengue Clássica (DC) e cinco com experiência em Dengue Hemorrágica (FHD). O principal indicador de seleção desses entrevistados foi à localização geográfica da residência, seguida da incidência da doença e da profissão dos pacientes. Assim, os locais escolhidos e de onde foram selecionados os integrantes da pesquisa foram os bairros da Aldeota, bairro nobre da cidade e a Granja Lisboa, área da periferia de Fortaleza. Esses bairros apresentavam naquele momento (janeiro/julho de 2001) as maiores incidências da doença.

A categoria profissional que participou da entrevista etnográfica foi composta por 02 agentes de saúde, 04 supervisores gerais, 04 educadores e 02 técnicos com efetivo exercício de suas funções no controle da Dengue na cidade de Fortaleza.

As informações coletadas em campo através das observações, dos grupos focais de discussão e das entrevistas foram organizadas e transcritas, utilizando o editor de texto do Software "The Ethnograph" 5.0. Os dados oriundos da observação participante foram organizados e transcritos no WINWORD 7.0. Após a organização dos dados foi feita uma leitura flutuante para uma impregnação de todo material produzido. Em seguida, foram constituídos vários corpus. Os corpus foram organizados por grupos diferenciados: os informantes populares e os servidores envolvidos com o controle da Dengue em Fortaleza. A partir da leitura exaustiva de cada corpus, começaram a emergir as categorias empíricas. Estas categorias foram elaboradas num processo de re-leitura e classificadas por tema. Os textos transcritos das entrevistas foram codificados, por categorias empíricas, e processadas utilizando Software "The Ethnograph" 5.0.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 O Processo de Participação Social sob o olhar da População: (...) nunca a população deixa de participar, de colaborar, nunca! (...)

No presente estudo, os informantes demonstraram ter assimilado o conhecimento repassado através das mensagens que conclamam a participação da população para que o mosquito da Dengue não se prolifere no ambiente domiciliar. Os informantes se reportam as campanhas de massa e ao trabalho realizado pelo agente de saúde em visita casa-a-casa e sugerindo seguir a risca o que lhe mandam fazer para evitar a proliferação do mosquito:

(...) um dia desse, teve uma campanha aí contra a Dengue, eu tava até olhando, olhando o cartaz, a gente faz aqui do jeito que pede, nós, só não temos caixa d'água né, mas em termos de higiene aqui o necessário a gente faz. A gente não tem garrafa no quintal, não tem pneu, as plantas que tem é em jarro, se tiver alguma coisa é por aí, mas aqui atrás é tudo plantada, só isso mesmo (Vendedor, 25 anos, caso de DC, Granja Lisboa).

(...) no pote eu não tiro a boquinha, eu tiro água pela torneirinha, e aqui que é o tanque, eles colocaram os peixinho dentro (Dona de casa, 41 anos, Caso de DC, Granja Lisboa)

O rapaz veio da SUCAM, falou que tinha que colocar, aí o meu cunhado veio e colocou e amarrou com uma fita preta, aí sempre tem que coisar, tem que tirar e bota de novo, o negócio é colocar(...) tem aquele tipo uma tela verde né? (Dona de casa, 29 anos, Caso de DC, Granja Lisboa).

Observamos, através das falas transcritas que esses informantes, moradores de uma área pobre da periferia de Fortaleza, incorporam na sua concepção, a participação social como um componente fundamental no controle da dengue. Enquanto isto, uma dona de casa, diagnosticada com DC, residente da Aldeota identifica uma atitude de passividade, por parte de alguns seguimentos da população, afirmando: *(...) a população parece não ajudar muito né? Porque a gente sabe que os focos estão acumulados nas plantas, nos baldes, nos pneus,*

em latinhas, jardins com água e continuam fazendo isso, não tiram as coisas que precisa, não se evita então, realmente.

Mesmo não conhecendo os nomes técnicos para os locais onde o mosquito se reproduz, nomeados na linguagem técnica como potenciais criadouros do *Aedes aegypti*, focos ou fontes de contaminação da doença, os informantes são conhecedores desses locais comuns onde o mosquito da Dengue se reproduz e reconhecem a necessidade de adotar determinados cuidados com os depósitos de armazenar água presente no ambiente doméstico explicando: *aqui a gente tem tudo seco, não tem assim, vasilha com água, garrafa com água, as garrafas são tudo emborcada (...)*. Essa prática é demonstrativa de que a população acredita estar cumprindo com a responsabilidade que lhe é imputada no controle do vetor.

Além de conhecer os locais comuns preferidos pelo mosquito da Dengue para por os seus ovos, dentro de casa (cisternas, caixas d'água, tanques, garrafas, latas e outros) os moradores identificam outros "esconderijos" preferidos dos mosquitos localizados fora do ambiente domiciliar, tais como: *terrenos baldios, córregos, esgotos a céu aberto e outros*. Esse conhecimento sugere que cabe ao poder público cumprir com a sua parte, intervindo nos locais que fogem ao controle individual.

Clara, na concepção popular é a idéia de "participar", consistentemente associada aos conteúdos das mensagens educativas repassadas pelo pessoal do programa de controle da endemia e pelos diversos meios de comunicação de massa. Para as pessoas, participar significa, basicamente, permitir que o agente de saúde entre em sua casa e faça o seu trabalho. Cabendo a população seguir as orientações repassadas por ele.

Estas significações remetem a comportamentos obrigatórios, cabendo a culpa da escassa participação popular aos próprios populares. Entretanto, nos relatos seguintes identificamos interpretações supostamente conflitantes na fala dos informantes sobre o envolvimento da população no controle da doença:

Tem grande parte da população que não está auxiliando, nem tomando as precauções que são orientadas pela Secretaria de Saúde, pelo Governo. Tem que haver

cooperação da população toda, inclusive, não deixando acumular água em locais que poderia ser evitado (...) (Dona de casa, caso de DC, Aldeota).

(...) a população sempre que ela é convocada, ela participa! Sempre, sempre. A população participa, agora a população está sempre é massacrada, nunca a população deixa de participar, de colaborar,... nunca!... Agora o que falta é a ação do Governo.
(...) (Professor Universitário, caso de FHD, Aldeota).

Podemos observar pelas falas que a visão popular sobre o processo de participação não é consensual entre os entrevistados. As construções populares sobre o envolvimento da população no controle da dengue, mostram-se ainda, influenciadas pelo modelo assistencialista e verticalizado do programa de controle, centrado na mudança de comportamento individual. Concepções que denotam a perpetuação histórica desse paradigma. As medidas de controle do vetor são essencialmente as mesmas usadas por Osvaldo Cruz no começo do século passado. Tais medidas de controle vetorial são baseadas no uso de produtos químicos para eliminação das larvas e dos mosquitos adultos, cabendo à população o papel passivo de seguir meras prescrições de controle da doença.

3.2 O Processo de Participação Social sob o olhar Institucional: (...) para a população participar só basta uma coisa: ela seguir as orientações do agente de saúde (...).

Os servidores envolvidos nesse estudo identificam como uma lacuna para o controle da dengue em Fortaleza, a falta de participação da população. Foi comum entre os informantes integrantes da categoria institucional relatar que *a participação da população é de fundamental importância, porque não adianta todos os órgãos trabalharem e a população fazer o contrário (...)*. Por exemplo, quando o agente coloca o larvicida nos depósitos, muitos derramam a água ou então quando ele orienta para que a caixa d'água ou qualquer depósito seja bem protegido a população não acata e, no retorno ao domicílio, identifica que existem larvas do mosquito naqueles recipientes, significando que as pessoas não seguiram suas recomendações.

Sob o ponto de vista de um agente de saúde, com nove anos de experiência nas ações operacionais de controle da dengue em Fortaleza, a população não segue *ao pé da letra* os comandos das autoridades de saúde para evitar que o mosquito se reproduza, e argumenta: *para a população participar só basta uma coisa: ela seguir as orientações de agente de saúde. Só isso mesmo. Se ela seguisse a orientação ao pé do que agente fala, com certeza o controle do Aedes tava praticamente em toda Fortaleza.*

Quando a população se recusa a cumprir com as ordens, negando a sua participação efetiva nas ações comandadas, os servidores têm suas próprias explicações, apontando como razões da falta de participação social, características psicológicas e comportamentais tais como: *pouco interesse por parte da população; falta de conhecimento; acham que a responsabilidade é do governo*, sugerindo uma aparente passividade da população diante do problema, ou ainda como relatou uma educadora da FUNASA, com 14 anos de experiência nessa área junto ao controle da Dengue:

(...) eu acho que a população tem sido omissa muitas vezes, no que se refere ao seu papel de participar, porque tem coisas no programa de Dengue, pontos que são muito inerentes a comunidade (...) o agente de saúde passa a informação, os meios de comunicação divulgam, a educação faz a mobilização, a ação educativa, mas a prática mesmo quem tem que fazer é a população.

O posicionamento desses servidores está pautado na suposta verdade de que o trabalho que o governo faz através dos agentes de saúde ou agentes sanitaristas, educadores e por meio das campanhas de mídia, somado à ajuda da população, vai resolver o problema da Dengue. Os informantes identificam a população como colaboradora do seu processo de trabalho, sendo ele o único ou o principal protagonista do controle. Nesse sentido, a população está participando quando segue fielmente, sem criar, modificar ou inovar as práticas de combate à Dengue, ou seja, as ações ordenadas pelas autoridades institucionais. Estas visões, na verdade traduzem o discurso institucional e técnico sobre a participação social no controle do *Aedes* e prevenção da doença.

Sobre essa discussão Valla (2000), coloca as nossas dificuldades em interpretar as classes subalternas, ressaltando que: *a crise de interpretação é nossa, a começar pela idéia de*

“iniciativa (...)” penso que na relação profissional/população muitos de nós trabalhamos com a perspectiva de que a “iniciativa” é parte da nossa tradição e que a população falha nesse aspecto, fazendo com que seja vista como passiva e apática.

Além das explicações já apresentadas a falta de participação da população foi associada às condições sócio-econômicas da população, tais como, situação financeira, condições de moradia e desemprego, e justificam:

(...) uma epidemia dessa, lógico que chama atenção (...) todos querem acabar com o mosquito, todos dão sua parcela de participação, mas existem tantas carências que no momento pra ela são prioridades (...) a fome, a miséria, as pessoas não tem água encanada (...)

Na área da periferia a gente nota que o bicho pra população, o bicho lá é o desemprego, o bicho lá é a habitação, que não tem moradia, o bicho é a fome e na aldeota o problema é o preconceito (...) você acha que é grave, mas nunca acha que tá na sua casa, tá lá na periferia (...)

Percebemos por essa fala, que os momentos de epidemia, com a intensificação da divulgação pelos meios de comunicação de massa, foram apontados pelos servidores como uma força motivadora da participação social nas atividades de controle da Dengue, embora reconheçam que seja uma *participação, assim, muito de momento. No momento que tá tendo casos de Dengue e que a mídia começa a divulgar, a população começa a se preocupar mais, começa a contribuir e a participar mais.* Por estes depoimentos podemos identificar que na visão dos servidores os meios de comunicação têm um papel relevante para levar a população informações sobre a situação da dengue na cidade e que a experiência com a doença é um motor que estimula a participação social. Segundo o informante, passado o surto epidêmico a Dengue perde a sua importância como problema de saúde, dentro do cotidiano das pessoas.

Os servidores identificam ainda que: *as pessoas precisam de muita coisa, e quando a gente fala em Dengue no momento que não tá havendo Dengue pra ela, é como se aquilo tivesse bem distante e não fosse acontecer mais de jeito nenhum (...).* Dessa forma, as carências da população, que não são poucas, fazem então com que se perca a noção de quão

real é o problema da Dengue, na medida em que a ocorrência da doença deixa de ser uma prioridade na vida das pessoas.

Com base no conjunto das interpretações dos informantes, é possível ver que a realidade é percebida em dois momentos. Durante as epidemias, a população se mostra mais disposta a “aceitar e colaborar” com o trabalho do agente de saúde ou agentes sanitários, talvez, devido à intensificação dos casos da doença e do perigo de adoecer da forma hemorrágica da Dengue. Quando as epidemias cessam, a importância da doença para a população diminui, na medida em que a mídia deixa de focar o problema e outras questões básicas do cotidiano tornam-se mais relevantes.

Essa visão técnico/institucional (biomédica) que identifica uma aparente atitude de passividade da população diante do problema da dengue pode estar vinculada ao modelo tradicional de abordagem da participação, entendida como um convite das autoridades para que a população tenha uma participação mais frequente. Valla (2000:21) assinala que “as autoridades querem a participação popular para solucionar problemas para os quais não dão conta” e que esta forma de participação, na verdade, significa uma forma de legitimação do poder.

Para a população a “não participação” significa um “não aceite” a essa forma de abordagem, uma vez que ela não se vê como partícipe da problemática, dada a sua exclusão na formulação das propostas de enfrentamento da dengue que gera uma não credibilidade no interesse das autoridades em resolver esse problema. Resgatando novamente Valla (2000): “Justamente a descrença da população quanto ao interesse dos governos em resolverem seus problemas, faz com que sua forma de participar seja diferente do que a suposta pelo convite”.

Esse modelo de abordagem institucional sobre participação se situa na concepção tradicional da educação pautada na transmissão de conhecimento e na suposta idéia de que o conhecimento sobre a doença e formas de prevenção vai resultar numa mudança de atitude da população frente ao problema. Em sua obra *Pedagogia do Oprimido*, Freire (1987) faz crítica a essa concepção tradicional da educação como instrumento de opressão social, denominando – a de “educação bancária”. Nesse modelo de abordagem, os sujeitos do ato educativo estabelecem uma relação de poder, na qual os conteúdos são transmitidos pelo educador (as

instituições) e o educando (a população) assimila os ensinamentos sem que tenha oportunidade de questionar qualquer relação com a sua realidade.

Essa forma de abordagem representa um contraponto as atuais estratégias de controle da dengue que aponta para a necessidade de uma reordenação das estratégias de educação em saúde e de participação social que supere o conceito de participação como adesão às propostas oficiais, e promova a apropriação do programa de controle pela comunidade, com delegação e cumprimento de responsabilidades e tarefas (WHO, 2000). Esse enfoque, centrado na apropriação do programa de controle pelas comunidades com delegação e cumprimento de responsabilidade, representa no conceito de promoção da saúde, possibilidades das pessoas tornarem – se capazes de ter controle sobre suas vidas, permitindo uma aproximação das pessoas com sua realidade, possibilitando a identificação de seus problemas, descobrindo suas habilidades e confiança para atuarem sobre eles (BRASIL, 1996). Para alguns autores essa compreensão é definida como *empowerment* (FESTE, C.; ANDERSON, R. M., 1995).

Esse conceito de empoderamento (*empowerment*) é coincidente com a concepção pedagógica problematizadora e libertadora de Paulo Freire, que propõe a formação da consciência crítica a partir do pensar criticamente sobre a sua realidade. A partir dessa concepção pedagógica, a educação em saúde se constitui em uma prática de serviço permeada por componentes pedagógicos e sociais. Um caminho capaz de produzir a direção e o sentido das intervenções de Promoção da Saúde, ou seja, a construção coletiva do saber da população ultrapassando o âmbito das instituições de saúde e alcançando as instituições sociais (WALLERSTEIN; BERNSTEIN, 1988).

4 CONCLUSÕES

A percepção sobre a participação social como um potencial instrumento para o controle da dengue, é dinâmica entre as pessoas, mostrando-se ora conflitante e/ou coincidente. Tanto a população quanto os servidores ligados ao controle da Dengue apresentam o mesmo discurso, embora em situações diferentes. Na perspectiva dos dois modelos paradigmáticos, o institucional e o popular, a participação do cidadão e da sociedade se limita a adesão das pessoas às ações planejadas e realizadas pelas instituições governamentais cabendo a população cumprir com aquilo que lhe mandam fazer para que o mosquito não se reproduza no domicílio. Verifica-se que as explicações de ambos são pautadas num modelo vertical de transferência de conhecimento, uma vez que os conhecimentos adquiridos pelos agentes de saúde e repassados à população não têm necessariamente vinculação com a realidade dos mesmos. Isto é evidenciado, por exemplo, quando se procura explicar de quem é a culpa pelo adoecer de Dengue.

Desta forma, podemos concluir que existe uma compreensão fragmentada, ou, no mínimo equivocada do processo de participação social no controle da Dengue em Fortaleza, tanto do ponto de vista popular como do ponto de vista institucional. Isto dificulta sobremaneira o entendimento do conteúdo da mensagem educativa e a sua tradução em ações de controle. Como proposta de superação desse achado sugerimos que sejam implementadas estratégias educativas pautadas no diálogo com a população, permitindo uma melhor interpretação do conhecimento disponível sobre a doença, incluindo as medidas preventivas de natureza individual, familiar e coletiva.

Consideramos que as ações educativas junto à população de Fortaleza devem ter como um de seus propósitos identificar e capacitar as lideranças já existentes em Fortaleza, tornando-as agentes multiplicadoras do processo educativo e simultaneamente interlocutoras da comunidade junto ao poder público. É preciso, ainda, buscar uma maior aproximação entre o saber técnico e o saber do povo, criando entre eles uma ponte interligando as explicações biomédicas com as explicações populares e assim negociar uma proposta que

realmente envolva a população no controle da dengue. É importante que as ações de Educação em Saúde propiciem o desenvolvimento das habilidades individuais e as competências culturais da população capacitando-a para cuidar de si mesmo e do ambiente onde vivem.

5 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. Brasília, 2002a. v. 1, p. 204.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996. 48 p.

CHIARAVALLOTI NETO, F. Conhecimentos da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle em São José do Rio Preto, São Paulo. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, n. 3, p. 447-453, 1997.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; MORAES, M. S.; FERNANDES, M. A. Avaliação dos resultados de incentivo a participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 101-109, 1998.

FESTE, C.; ANDERSON, R. M. Empowerment: from philosophy to practice. **Patient Educ. Couns.**, v. 26, p. 139-144, 1995.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

KLEINMAN, A. **The Illness narratives: suffering, healing e the human condition**. New York: Basic Books, 1988.

REITER, P. Status of current *Aedes Aegypti* control methodologies. In: HALSTEAD, S. B.; GOMEZ-DANTES, H. (Ed.) **Dengue: a worldwide problem, a common strategy**. Proceedings of the International Conference on Dengue and *Aedes Aegypti* community-based control. Mexico: Ministry of Health, 1992.

ROSEMBAUM, J.; NATHAN, M. B.; RAGOONANANSINGH, S.; RAWLINS, S.; GAYLE, C.; CHADEE, D. D.; LLOYD, L. S. Community participation in dengue prevention and control: a survey knowledge, attitude, and practice in Trinidad and Tobago. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 53, n. 2, p. 111-117, 1995.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, v. 14, n.2, p. 69-78, 1998.

_____. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

VASCONCELOS, P. F. C. et. al. A epidemia de Dengue em Fortaleza, Ceará: inquérito Soro-epidemiológico aleatório. **Cad. Saúde Pública**, v. 32, n.5, p. 447-454, 1998.

WALLERSTEIN, N.; BERNSTEIN, E. Empowerment education: Freire' ideas adapted to health education. **Health Educ. Q.**, v. 15, n. 4, p. 379-394, 1988.

WINCH, P.; KENDALL, C., GUBLER, D. Effectivness of community participation in vector-borne disease control. **Health Pol. Planning**. v. 7, n. 4, p. 342-351, 1992.

WINCH, P.; LLOYD, L.; GODAS, M.D.; KENDALL, C. Beliefs about the prevention of dengue and other illnesses in Mérida, Mexico. **J. Trop. Med. Hyg.**, v. 94, p. 377-387, 1991.

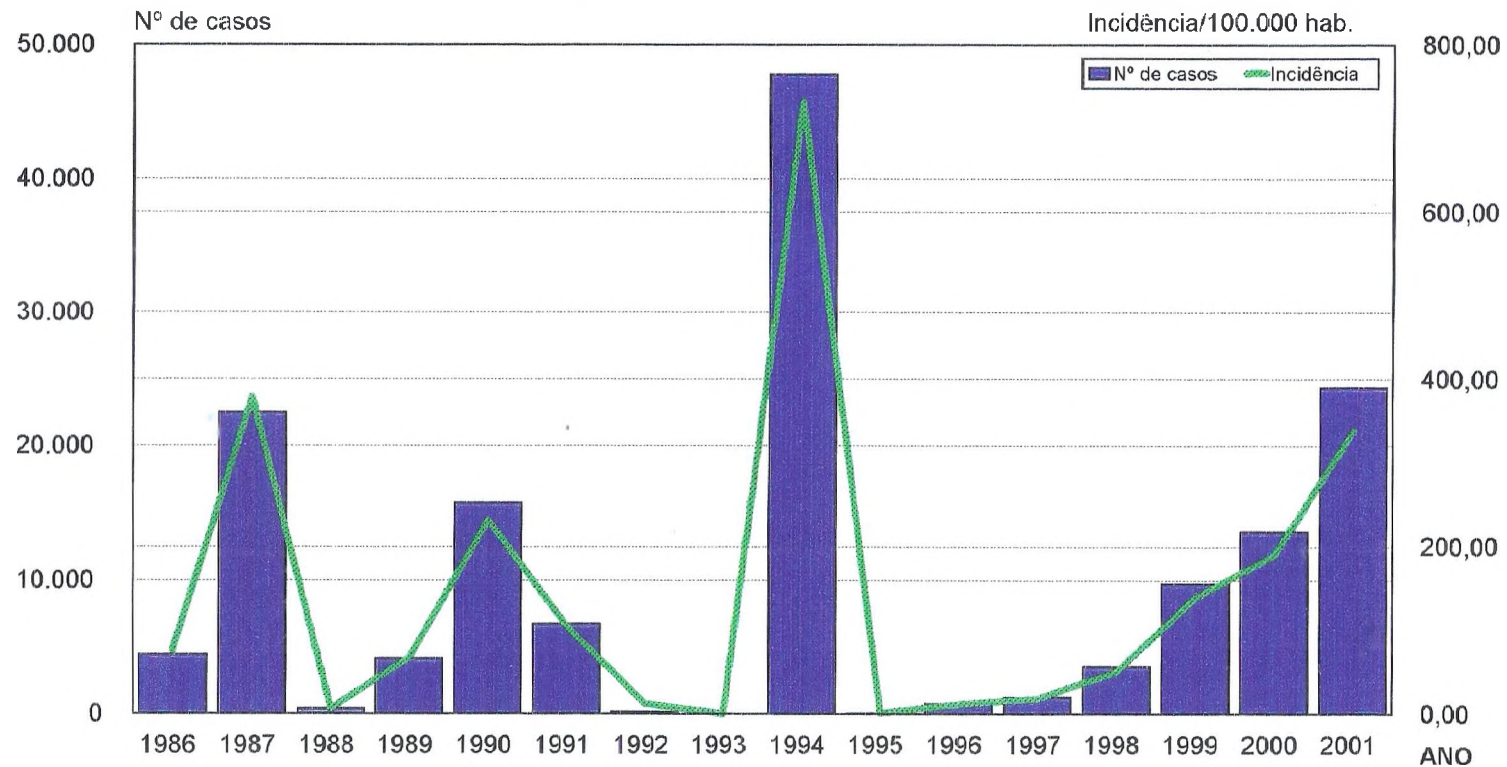
WORLD HEALTH ORGANIZATION. Communicable Disease Control, Prevention, and Eradication Parasitic Diseases and Vector Control. **Strengthening implementation of the global strategy for Dengue fever/ Dengue haemorrhagic fever prevention and control**. Report informal consultation. Geneve, 2000.

ANEXOS

ANEXO I

Gráfico I

Número de casos e incidência de dengue, no Ceará, de 1986 a 2001*



Fonte: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará / Núcleo de Epidemiologia.

* Dados até 6/9/2001, sujeitos à revisão.

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Descreva o problema que levou você a fazer esse exame ou a procurar o médico?
2. Como você notou ou percebeu que estava doente?
3. O que aconteceu com você quando ficou doente?
4. Como era o seu estado de saúde em geral, antes de adoecer?
5. Como você ficou durante a doença.
6. Descreva que partes do seu corpo foram afetadas pela doença e como elas ficaram.
7. Descreva o que aconteceu pra você pegar essa doença?
8. Descreva as razões que fizeram você adoecer agora, e não em outra época.
9. Quando você percebeu que estava doente com quem você discutiu o problema?
10. Quem você procurou?
11. O que você fez? (remédios, receitas caseiras, rituais, rezas, médicos, outros).
12. O que levou você a procurar esse tratamento?
13. O que você esperava desse tratamento?
14. Descreva os principais problemas e preocupações que essa doença lhe causou.
15. Descreva com que intensidade ou força essa doença afetou a sua saúde.
16. O que você mais teme como consequência dessa doença?
17. Que outras pessoas do seu convívio tiveram essa mesma doença?
18. Qual a razão ou as razões de vocês terem compartilhado o mesmo problema, ou seja, a mesma doença?
19. Descreva o impacto dessa doença na sua vida.
20. A que você atribui a sua cura?
21. Diante da sua experiência com a doença o que você e as pessoas da sua casa estão fazendo para evitar pegar essa doença?
22. Descreva o que a comunidade de um modo geral pode fazer para se prevenir dessa doença.
23. Como você vê o trabalho que é feito pelos guardas ou agentes sanitários para o controle do dengue aqui em Fortaleza.

24. O que as pessoas tem a ver com estas ações de controle realizadas pelo pessoal do governo?
25. Descreva as ações que você concorda ou rejeita em sua casa.
26. Descreva suas razões para tal atitude.
27. Como você poderia se fortalecer para tornar sua vida mais saudável e livre de doenças como esta que você teve? (estratégias).

ANEXO III

ROTEIRO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL - CATEGORIA PROFISSIONAL

1. Nome:
2. Grau de escolaridade:
3. Função:
4. Instituição que está vinculado:
5. Tempo na instituição:
6. Tempo que trabalha no Programa de Controle do Aedes em Fortaleza.
7. Conhecimento da situação do Aedes em sua área de atuação.
8. Atividades que desenvolve.
9. Importância da sua atividade.
10. Sentimento em relação ao que faz.
11. Pontos positivos
12. Pontos negativos
13. Dificuldades encontradas para realização das atividades
14. Aceitação e acolhimento da clientela
15. Fatores importantes que contribuem para a persistência do Aedes em Fortaleza
16. Como avalia a participação da população.
17. Como vê o trabalho de controle do Aedes em Fortaleza.
18. Como vê e convive com o risco de novas epidemias de dengue em Fortaleza (enquanto cidadão e profissional).
19. Como vê o papel desempenhado pelas instituições oficiais, responsáveis pelo controle do Aedes em Fortaleza.

20. Como avalia as atividades de informação, educação e comunicação para o controle do Aedes em Fortaleza.

21. Sugestões

ANEXO IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: “Controle de dengue centrado no ser humano e suas competências culturais de cuidar – Um olhar antropológico”

Eu, _____, morador(a) da residência de nº ____, na Rua _____, Bairro _____, no Município de Fortaleza, declaro que a justificativa, os objetivos e as finalidades desta pesquisa foram a mim explicadas detalhadamente e estou ciente da sua importância para a saúde pública. Eu tenho conhecimento de que não sou obrigado(a) a participar desse estudo, podendo desistir a qualquer momento sem que isso me prejudique. Sei também que meu nome e meus dados pessoais não serão revelados nos documentos produzidos por este estudo. Estou de acordo em participar do mesmo me colocando a disposição para ser entrevistado(a) pelo pesquisador ou para participar de grupos de discussão, e dou o meu consentimento também para que o conteúdo da entrevista realizada comigo seja gravada transcrita e utilizada no estudo realizado pela mestrandia Maria Dolores Duarte Fernandes.

Nome do Participante:

Data: __/__/__

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: Maria Dolores Duarte Fernandes (Fone: 9989.5254/224.0192)

Data: __/__/__

Assinatura: _____

ANEXO V

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: “Controle de dengue centrado no ser humano e suas competências culturais de cuidar – Um olhar antropológico”

Eu, _____, exercendo a função de _____ no Programa de Controle da Dengue em Fortaleza – Ce, declaro que a justificativa, os objetivos e as finalidades desta pesquisa foram a mim explicadas detalhadamente e estou ciente da sua importância para a saúde pública. Eu tenho conhecimento de que não sou obrigado(a) a participar desse estudo, podendo desistir a qualquer momento sem que isso me prejudique. Sei também que meu nome e meus dados pessoais não serão revelados nos documentos produzidos por este estudo. Estou de acordo em participar do mesmo me colocando a disposição para ser entrevistado(a) pelo pesquisador ou para participar de grupos de discussão, e dou o meu consentimento também para que o conteúdo da entrevista realizada comigo seja gravada transcrita e utilizada no estudo realizado pela mestrandia Maria Dolores Duarte Fernandes.

Nome do Participante:

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura: _____

Nome do Pesquisador: Maria Dolores Duarte Fernandes (Fone: 9989.5254/224.0192)

Data: ___ / ___ / ___

Assinatura: _____

ANEXO VI

RELAÇÃO DOS CÓDIGOS E SEUS RESPECTIVOS SIGNIFICADOS

CODIGO	SIGNIFICADO
Banal	Banalização de dengue como uma doença simples, sem importância pela própria população e pelos médicos segundo a população
Biomed	Visão biomédica da doença
Caso	Descrição densa da experiência vivida com a doença, emoções, sentimentos, reações.
Casomorte	A população tem conhecimento casos de morte por FHD e faz relatos do que sabe.
Classe	O risco de adoecer é igual para o pobre e para o rico. Rico tem mais assistência e condições. Relação do risco de adoecer com a pobreza.
Coletiva	Medidas individuais não vão resolver o problema, precisa de ação coletiva. Clareza no conceito de coletivo. Consideram importante que todos façam a sua parte.
Confronto	Discursos conflitantes: população X instituição; guarda X população
Conhece	A experiência com a doença aumenta o conhecimento sobre a doença entre as pessoas e a credibilidade na severidade da dengue
Contamina	Na visão da população a fonte, o foco de contaminação da doença está fora de casa, rua, esgoto, casa do vizinho, no trabalho etc.
Corpo	Referente as manifestações físicas da doença que mais incomodam a pessoa
Credheng	Imaginário popular de que nunca vai pegar a doença. Não acreditam na doença.
Credinst	A população demonstra falta de credibilidade das instituições envolvidas com o controle do Aedes e da dengue

CODIGO	SIGNIFICADO
Critica	Críticas da população ao governo, as instituições e ao trabalho de controle do Aedes e da dengue.
Culpa	Culpabilizar o pobre como fonte de doença, cultura da pobreza
Cura	Como as pessoas acham que foram curadas da dengue
Danos	Consequências ou sequelas da dengue na concepção da população.
Decaso	A população responsabiliza o governo pelo problema da dengue.
Diagmed	Problemas e/ou dificuldades com o diagnóstico médico.
Diagpop	A população se autodiagnóstica a partir de experiências anteriores próprias ou de pessoas do seu convívio
Dificult	Percepções da população sobre o atendimento médico durante a epidemia de dengue
Engana	População se acha enganada quanto a real situação da dengue. Verdade encoberta.
Etnocpi	Independente das estatísticas a população percebe a existência de uma epidemia
Evita	Como a população ou cada indivíduo tenta se livrar dos potenciais criadouros do Aedes presentes em sua resistência.
Exame	A confirmação vem do exame, a população refere a realidade do exame, sua validade ou não, as dificuldades para o resultado.
Expert	Experiências anteriores com a doença.
Fonte	População reconhece os locais apropriados para reprodução de Aedes aegypti.
Freire	Referente ao processo de conscientização e mobilização da população diante da dengue.
Fumace	Como a população percebe o trabalho do FUMACE
Guarda	Como as pessoas percebem o trabalho que os guardas realizam nas resistências.
Imaginário	O que passava na cabeça das pessoas quando estavam com a dengue

CODIGO	SIGNIFICADO
Impacto	Como a dengue afetou a vida da população
Impotent	A população se acha impotente diante do problema.
Informa	A população refere a importância da informação sobre as doenças.
Lingpop	Linguagem popular
Medo	Significações sobre medo, sentir medo.
Mistura	A forma como a dengue afeta as pessoas pode estar associada a outras questões, sejam físicas, emocionais, ou sociais às quais as pessoas estão submetidas.
Mosquito	Percepções sobre o mosquito
Narrativa	O significado da experiência vivida com doença sob o ponto de vista dos indivíduos.
Participa	Percepção da população quanto ao processo de participação. Como ela percebe a sua participação.
Passivo	Resignação da população em aceitar as ações e conviver com a doença sem nada questionar
Peixe	Manifestações sobre o tratamento alternativo com o peixe Beta.
Picada	Imagário popular sobre a transmissão da dengue.
Prerocupa	Preocupações manifestadas pela população em relação à dengue
Previne	Como a população entende o que é a prevenção da dengue.
Prioriza	A dengue como problema prioritário ou não na vida da população. A importância da doença para as pessoas.
Qualivid	Como a população pode ter uma melhor qualidade de vida
Recusa	População recusa o trabalho e justifica a não aceitação da intervenção.
Redes	A importância da influência do outro com quem se compartilha o problema da dengue.
Resistmed	Resistência a ir ao médico.
RESOLVE	Sugestões alternativas da população para resolver o problema.
Severa	Percepção da dengue como uma doença grave, severa.

CODIGO	SIGNIFICADO
Sintpop	Descrição sobre os sintomas do ponto de vista da população.
Social	Relação da dengue com as questões sociais, visão crítica do processo saúde doença se contrapondo a visão fragmentada em que são pautadas as ações de saúde.
Tratden	Medidas de tratamento médico ou popular.
Veneno	Percepções da população sobre os produtos utilizados para combater o Aedes. (larvicidas, inseticidas).
Virose	Comparação feita pela população entre a dengue e outras viroses.
Vivido	Sentimentos da população frente á experiência vivida por ela.



Universidade Federal do Ceará
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº 176/02

Fortaleza, 01 de agosto de 2002

Protocolo nº 131/02

Pesquisador responsável: Maria Dolores Duarte Fernandes

Deptº./Serviço: Departamento de Saúde Comunitária/UFC

Título do Projeto: “Controle de dengue centrado no ser humano e nas suas competências culturais de cuidar - um olhar antropológico”

Levamos ao conhecimento de V.S^a. que o Comitê de Ética em Pesquisa e do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará – COMEPE, dentro das normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, Resolução nº196 de 10 de outubro de 1996 e Resolução nº 251 de 07 de agosto de 1997, publicadas no Diário Oficial, em 16 de outubro de 1996 e 23 de setembro de 1997, respectivamente, aprovou o projeto supracitado na reunião do dia 25 de julho de 2002.

Atenciosamente,

Mirian Parente Monteiro

Dra. Mirian Parente Monteiro
Coordenadora Adjunta do Comitê
de Ética em Pesquisa
COMEPE/IIUWC/UFC