

Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

MÁRCIA DE FREITAS LENZI

“As invisibilidades do dengue: um olhar sobre suas representações em uma favela do Município do Rio de Janeiro – retratos de uma vulnerabilidade”

Tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca para obtenção do grau de Doutor	Programa de Pós-graduação em Saúde Pública
---	--

Orientadores: Aldo Pacheco Ferreira

Lea Camilo-Coura

Março / 2008

DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho àqueles
que são a razão da minha alegria, paixão pela vida e equilíbrio.
Aos meus pais, Geraldo e Ozenir - minha essência, fonte eterna de amor e amizade,
e aos meus filhos, Mariana e Mário - grandes companheiros, minha vida.
Amo vocês.*

SUMÁRIO

RESUMO	10
INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I - A DIFÍCIL LUTA CONTRA O VETOR	18
1.1. O DENGUE	18
1.2. ALGUMAS EXPERIÊNCIAS NO COMBATE AO DENGUE ENVOLVENDO PARTICIPAÇÃO DA POPULAÇÃO	21
1.3. AS EPIDEMIAS DE DENGUE NO BRASIL: UM PANORAMA NACIONAL E REGISTRO DA SITUAÇÃO NO RIO DE JANEIRO	25
1.4. DENGUE: ATINGINDO RICOS E POBRES, MAS NÃO DA MESMA FORMA – A VULNERABILIDADE EM QUESTÃO	32
1.4.1 - <i>O Conceito de Vulnerabilidade</i>	34
CAPÍTULO II - A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERENCIAL TEÓRICO	40
CAPÍTULO III - ORIGEM DA QUESTÃO PESQUISADA, JUSTIFICATIVA E PERGUNTA CONDUTORA DO ESTUDO	46
3.1. A QUESTÃO:	46
3.2. JUSTIFICATIVA:	47
3.3. A PERGUNTA CONDUTORA DO ESTUDO:	47
CAPÍTULO IV - OBJETIVOS DA PESQUISA	48
4.1. OBJETIVO GERAL	48
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	48
CAPÍTULO V - METODOLOGIA	49
5.1. DELINEAMENTO DO DESENHO METODOLÓGICO	49
5.3. DESCRIÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	58
CAPÍTULO VI - RESULTADOS	61
6.1. A NECESSIDADE DE OUVIR E OBSERVAR PARA MELHOR ENTENDER AS “INVISIBILIDADES”	64
6.2. PENSANDO AS “INVISIBILIDADES”	66
6.2.1. <i>As Representações Sociais do Dengue</i>	69
6.2.2. <i>As Vulnerabilidades Percebidas</i>	81
6.2.3. <i>O Inquérito de Morbidade Referida</i>	83
CAPÍTULO VII - CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
ANEXO I - AMOSTRA	102
ANEXO II - FOLHETOS	103
ANEXO III - ARTIGOS	104

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1. DISTRIBUIÇÃO DE *Aedes Aegypti* (ÁREAS VERMELHAS) NAS AMÉRICAS EM 1970 E EM 2002 (FONTE: *CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION/CDC, 2007*) 19**
- FIGURA 2. DISTRIBUIÇÃO DO DENGUE E DO *Aedes Aegypti* NO MUNDO, 2005..... 20**
- FIGURA 3. ELEMENTOS COMUNS DO CONHECIMENTO DAS PESSOAS FORMANDO O NÚCLEO CENTRAL DA REPRESENTAÇÃO: 45**
- FIGURA 4. DISTRIBUIÇÃO DOS QUARTEIRÕES PESQUISADOS : 51**
- FIGURA 5. ÁREA DO PARQUE OSWALDO CRUZ..... 59**

LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	INCIDÊNCIA DA FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE NO BRASIL, 1990-2005	28
TABELA 2.	DISTRIBUIÇÃO DOS CASOS DE DENGUE NOTIFICADOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 1986 A 2008	30
TABELA 3.	DISTRIBUIÇÃO DE CASOS E ÓBITOS POR <i>DENGUE HEMORRÁGICO</i> E OUTRAS FORMAS, OCORRIDOS NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO, NO PERÍODO DE 1990 A 2007	31
TABELA 4.	DISTRIBUIÇÃO DE CASAS POR QUARTEIRÃO DO PARQUE OSWALDO CRUZ	50
TABELA 5.	DETERMINAÇÃO DO TAMANHO AMOSTRAL	52
TABELA 6:	ÍNDICE DE INFESTAÇÃO PREDIAL E DE BRETAU NO PARQUE OSWALDO CRUZ, NO PERÍODO DE MARÇO DE 1998 A JUNHO DE 1999	64
TABELA 7.	PREVENÇÃO	77
TABELA 8.	CONHECIMENTO SOBRE DENGUE	78
TABELA 9.	SINTOMAS DO DENGUE CLÁSSICO	80
TABELA 10.	SINTOMAS DA FEBRE HEMORRÁGICA DO DENGUE (FHD)	80

LISTA DE FICHAS

FICHA 1. A - INQUÉRITO DE MORBIDADE REFERIDA.....	54
FICHA 1. B – INFORMAÇÕES SOBRE DENGUE:.....	54
FICHA 2. DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS.....	55
FICHA 3. FICHA DE DADOS ENTOMOLÓGICOS	55
FICHA 4. ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DO DENGUE.....	57

LISTA DE GRÁFICOS

- GRÁFICO 1 - NÍVEL DE ESCOLARIDADE ENTRE OS MORADORES ADULTOS - PARQUE OSWALDO CRUZ (N= 130)..... 66**
- GRÁFICO 2 - FREQUÊNCIA DE RECONHECIMENTO DOS FOLHETOS DISTRIBUÍDOS NA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, COMO PARTE DA CAMPANHA DE COMBATE A DENGUE/2002:ERRO! INDICADOR N**
- GRÁFICO 3: RESERVATÓRIOS PROPÍCIOS PARA A PROcriação DE *Aedes Aegypti* REGISTRADOS POR TIPO, NO PARQUE OSWALDO CRUZ:..... 68**
- GRÁFICO 4: ÍNDICE DE MORBIDADES REFERIDAS – PARQUE OSWALDO CRUZ..... 84**

LISTA DE ABREVIATURAS

CDC	- Centers for Disease Control and Prevention
CSEGSF	- Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria
FHD	- Febre Hemorrágica do Dengue
ENSP	- Escola Nacional de Saúde Pública
EPA	- Environmental Protection Agency
FIOCRUZ	- Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	- Fundação Nacional de Saúde
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IMR	- Inquérito de Morbidade Referida
ONU	- Organização das Nações Unidas
OPAS	- Organização Pan-Americana da Saúde
OPS	- La Organización Panamericana de la Salud
P.O.C.	- Parque Oswaldo Cruz
PAM	- Posto de Atendimento Médico
PEAa	- Programa de Erradicação do <i>Aedes aegypti</i>
PNCD	- Programa Nacional de Controle do Dengue
PNMA	- Programa Nacional de Meio Ambiente
R.A.	- Regiões administrativas
SCD	- Síndrome de Choque do Dengue
SUS	- Sistema Único de Saúde
WHO	- World Health Organization
1GI	- Primeiro Grau Incompleto
1GC	- Primeiro Grau Completo
2GI	- Segundo Grau Incompleto
2GC	- Segundo Grau Completo

AGRADECIMENTOS

Muitos me ajudaram no decorrer deste trabalho. Todos com muito carinho, paciência e amizade. Gostaria de deixar aqui expresso, meu “muito obrigada “:

Ao meu orientador, Dr. Aldo Pacheco Ferreira, que acreditou em mim, e me levou até o fim dessa jornada.

À minha co-orientadora, Dra. Léa Coura, pelo constante carinho e atenção.

Ao Jorgão (Jorge Luís), meu companheiro de campo, que com sol e com chuva, esteve comigo no Parque Oswaldo Cruz durante todo esses anos.

À Eliane Azevedo, companheira de trabalho no Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde/Fiocruz, que sempre teve uma palavra de carinho e me ajudou na organização da tese.

Aos meus companheiros do Centro de Desenvolvimento Tecnológico em Saúde/Fiocruz, em especial Drs. Carlos Médicis Morel e Eduardo Martins, pela amizade de tantos anos e pela prazerosa convivência.

Ao Professor Takumi, do Serviço de Bioestatística da Escola Nacional de Saúde Pública, pela orientação estatística.

Ao Professor Carlos Coimbra Junior, pelos ensinamentos recebidos e primeiras orientações neste trabalho.

Ao meu querido Pezinho, que sempre esteve comigo, e através de sua energia, me iluminou durante esse período.

E por último, mas acima de tudo, a Olorum e Odé, força e luz do meu caminho.

RESUMO

Com o passar dos anos, a organização social de cidades como o Rio de Janeiro se alterou devido ao empobrecimento e a uma fraca política de habitação enfrentados por um grande setor da população ocasionando o incessante surgimento e crescimento de favelas. Em decorrência da falta de implementação de políticas sociais suficientes nas últimas décadas, o crescimento das populações pobres vem se dando não só nas áreas periféricas, mas também nos grandes centros urbanos, agravando ainda mais o programa de controle do dengue.

A despeito dos esforços empreendidos para controlar essa endemia e buscar a participação efetiva da população na tarefa preventiva, as estratégias utilizadas nas ações de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização Social são repetitivas, sazonais e padronizadas, desconsiderando aspectos sociais, culturais e históricos na elaboração de intervenções mais próximas à população.

A teoria das representações sociais foi utilizada neste estudo com o intuito de aproximação do senso comum, das vulnerabilidades existentes, e também das formas de enfrentamento desenvolvidas por uma população de favela moradora do Parque Oswaldo Cruz, localizada no Complexo de Favelas de Manguinhos - Município do Rio de Janeiro, marcada por grandes desigualdades sociais, traduzidas pelas altas taxas de analfabetismo e elevado índice de pobreza, além de uma alta taxa de incidência de dengue ao longo das três grandes epidemias no Estado do Rio de Janeiro.

Resultante deste trabalho, pode-se observar que o dengue não é considerado um problema de saúde de alta prioridade para essa comunidade, tendo as doenças crônico-degenerativas um grau de importância maior por essas afetarem mais efetivamente a capacidade para o trabalho e representar um maior risco à vida. Entretanto, nota-se que, devido às epidemias passadas, e em particular a última ocorrida no ano de 2002, o dengue é uma grande preocupação entre os moradores da área visitada.

As representações da doença refletem a *apreensão* das informações sobre prevenção, mas não a *compreensão* da razão pela qual se deva praticá-las; percebe-se, inclusive, uma resistência quanto a leitura de folhetos, preferindo-se as informações veiculadas pela televisão. Uma representação importante em relação ao dengue observada neste estudo é o estigma da sujeira vinculado a pobreza, refletida em hábitos de higienização para a prevenção.

As representações sociais apreendidas nesse grupo fizeram transparecer algumas vulnerabilidades vividas e refletidas nas ações de controle do dengue. Por exemplo, percebe-se que vulnerabilidade individual aumenta quando os comportamentos preventivos são orientados por uma lógica ineficaz ao controle do dengue, como a relacionada a higienização do ambiente (ter higiene, cuidar da casa, usar desinfetante, ferver água). As vulnerabilidades sociais mais evidentes são o semi- analfabetismo predominante e a pobreza. Além de evidentes, as vulnerabilidades enfrentadas pela população do Parque Oswaldo Cruz se fazem presentes nas representações do dengue, mostrando como a realidade interfere no imaginário social e vice-versa, contextualizando os riscos que o grupo de moradores corre em relação à infecção.

Com base nos dados obtidos nesta pesquisa, sugere-se que as estratégias de intervenção para o combate ao dengue sejam redirecionadas e passem a ter em primeiro plano o objetivo de:

- ✓ aumentar o *grau de consciência dos indivíduos em relação aos possíveis danos decorrentes de uma não ação ou de uma ação orientada por uma lógica ineficaz e, com isso,*
- ✓ *estimular o poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência*

Palavras-chave: dengue; representações sociais; vulnerabilidade; controle; prevenção

ABSTRACT

Along years social organization in cities like Rio de Janeiro have changed due to the impoverishment and a very timid housing policy implementation, which affect a large number of people, resulting in the emergence of some and in the growing of other slums not only in peripheral areas, but inside urban perimeter as well, making the control of vectors like *Aedes aegypti* even more difficult for health workers.

In despite of the efforts to control dengue counting on community effective participation, strategies applied on Communication, Health Education and Social Mobilization components are not attractive and are also irregular, only being developed in Summer time. Policy makers usually don't consider in their planning social, cultural and historical aspects in order to get closer to population.

This study was founded in Social Representation Theory aiming to get closer to the common sense about dengue and its control in a slum in Rio de Janeiro city, characterized by social inequalities, expressed by high illiteracy rates and poverty, having a high incidence rate of dengue cases as well along the three dengue epidemic in 1986, 1991 and 2002.

The results showed that despite of the number of dengue cases mentioned by local inhabitants, the disease is not highly considered as a health problem; they are more concerned about degenerative and chronic diseases, as AIDS and Cancer, probably because they affect more drastically their lives and their working force.

The representations on dengue also indicate that there is the *apprehension* of the information on preventive measures by that group but not the *comprehension* of their meaning; it was observed that the illiteracy or the low literacy is responsible for a kind of resistance by part of people for reading the folders developed by government as part of

control programme. The most preferred way of getting information on preventive measures is the television which allows the overcoming this problem.

Another important representation perceived is the relation between the vector , the poverty and the dirt, which makes cleansing habits a way of preventing the mosquito.

The social representation is a very useful technique making clearer the vulnerabilities faced by that social group and how they interfere in dengue control actions, showing how the reality interferes in their understanding and interpretation of facts, and vice-versa.

Based on the results of this work the author suggests the re-examination of intervention strategies to attract popular participation in dengue control programs, having the main objective of:

- ✓ increasing people awareness in relation to the possible damages resulting from inaction or an action oriented by ineffective logic , and
- ✓ stimulating effective behavioural changes from this awareness

Key-Words : dengue; social representations; vulnerability; control; prevention

INTRODUÇÃO

As desigualdades sociais e territoriais na problemática das doenças estão sempre relacionadas com a organização e ocupação do espaço e são elementos importantes a serem considerados pelas vigilâncias no contexto brasileiro. A sociedade atual vive um período de intensa transformação técnico-científica; em contrapartida engendram-se fenômenos de desequilíbrios ecológicos que, se não forem remediados no limite ameaçarão a vida na Terra (GUATTARI, 1990).

Inovações tecnológicas são apresentadas a cada dia, principalmente relacionadas ao desenvolvimento de novas drogas e vacinas para combate de doenças globais e negligenciadas que assolam milhões de pessoas, mormente populações pertencentes a países menos desenvolvidos (MOREL, 2006). Em se tratando do dengue, o mundo científico vem avançando no desenvolvimento da vacina para os quatro sorotipos. Entretanto, enquanto essas inovações não forem amplamente disponibilizadas, as epidemias continuarão assolando várias regiões do mundo.

Após 3 epidemias de dengue que marcaram o Estado do Rio de Janeiro, buscou-se trabalhar com uma população moradora de favela, caracterizada pela concentração populacional e serviços públicos precários, para que através da expressão de crenças e valores que compõem o conjunto de representações, fosse possível obter subsídios para uma reflexão sobre a política de controle e a elaboração de mensagens e/ou atividades educativas, visando uma aproximação cada vez maior com a população e uma participação mais efetiva desta.

O grupo investigado foi composto por moradores do Parque Oswaldo Cruz, favela pertencente ao Complexo de Favelas de Manguinhos, localizado na X Região Administrativa (R.A.) do Município do Rio de Janeiro, marcada por grandes desigualdades sociais, traduzidas em indicadores como taxa de analfabetismo de 13,6%, índice de pobreza de 23,8% (proporção de chefes de domicílio com rendimento mensal menor do que um salário) e densidade de população favelada de 70,9 hab/ha - a maior do Município (SZWARCOWALD et al., 1999), além de uma alta taxa de incidência de dengue ao longo das três grandes epidemias no Estado do Rio de Janeiro: 1986/1987 (introdução do sorotipo 1 do vírus); 1990/1991 (introdução e predominância do sorotipo 2; 2001/2002 (introdução e predominância do sorotipo 3 (CASALI

et al., 2004). Os dados referentes às taxas de incidência da X R.A. só estão disponibilizadas pela Secretaria Municipal de Saúde a partir do ano de 2000. Com base nesses dados, nos anos de 2001/2002 a taxa de incidência foi de 358,3 por 100.000 habitantes. Já entre os meses de dezembro/2007 e fevereiro/2008 nessa região, a taxa de incidência foi de 331,60 por 100.000 habitantes (<http://www.saude.rio.rj.gov.br/saude/pubsms/tab>, acessado em 20/2/2008)

A opção de desenvolver um trabalho através de visitas domiciliares, entrevistando homens e mulheres como atores sociais, teve como objetivo observar os hábitos, atitudes e comportamentos relativos a casa e seu entorno, e também avaliar a questão da vulnerabilidade em relação ao dengue como fator de bloqueio ou dificultador da participação popular.

As visitas domiciliares foram realizadas pela autora do trabalho acompanhada de um agente de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Nova Iguaçu, cedido ao Departamento de Ciências Biológicas para participar desse projeto.

A pesquisa de campo foi realizada no período intra-epidêmico de janeiro de 2003 a março de 2006, período no qual a população acabara de vivenciar uma epidemia de grandes proporções.

A casa como lugar privilegiado da pesquisa se explica por ser o seu interior e entorno os locais onde são encontrados os reservatórios de maior relevância epidemiológica para procriação do *Aedes aegypti*. Por isso se torna importante para a discussão sobre o controle do dengue, estudos sobre as representações sociais dessa endemia e reflexões sobre as vulnerabilidades enfrentadas por uma população de favela, que podem alterar tanto as representações como a própria idéia de participação no controle. As perguntas que foram se formando ao decorrer da pesquisa foram: *como uma população de baixa renda representa o dengue? Quais as formas de prevenção utilizadas em relação aos reservatórios domésticos? Qual a importância que ela atribui a essa doença, após três grandes epidemias? As vulnerabilidades existentes interferem nas representações dessa endemia? Como?*

Estas questões foram analisadas utilizando como referencial a Teoria da Representação Social (MOSCOVICI, 1972), que analisa as construções simbólicas oriundas da mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói, consideradas pedaços da realidade social, a partir dos significados atribuídos à doença e seus

determinantes, apontando para vulnerabilidades relacionadas à manutenção da situação do dengue.

A metodologia qualitativa foi utilizada neste estudo como forma de privilegiar a fala sobre temas como etiologia, sintomatologia, prevenção, tratamento e percepção de risco, utilizando a entrevista semi-estruturada como instrumento. A metodologia quantitativa foi utilizada para analisar a situação dos criadouros existentes na área em estudo e outros dados relacionados à doença, levantados através de um formulário próprio, visando especificá-los e quantificá-los.

A razão da escolha do dengue como tema que permeia o trabalho se justifica por uma série de argumentos que incluem:

- sua importância em Saúde Pública;
- sua alta taxa de incidência no Município do Rio de Janeiro nos últimos anos;
- a necessidade de compreender a relação dessa endemia com questões individuais e coletivas, visando contribuir com modelos de intervenção mais eficazes e efetivos.

Os riscos advindos de situações ambientais e sócio-culturais deveriam ser considerados e incorporados ao diagnóstico, ao planejamento e às ações de saúde para estabelecer o controle e a solução para agravos que atingem a população. Ainda assim, a construção de um sistema de monitoramento em saúde requer um modelo aberto de análise e que considere os contextos sócio-ambientais em que se localizam os fatores de risco. Nesse sentido, faz-se necessária a utilização de um contexto operacional que permita apreender a globalidade do problema, ser capaz de organizar as ações de proteção da saúde, melhorar a qualidade dos serviços como um todo e colaborar com as políticas de desenvolvimento sustentável.

Partindo dessa compreensão, as invisibilidades do dengue exibem representações e vulnerabilidades de suma importância e estratégicas para identificação de situações de risco que podem causar e manter em circulação a doença, além de contribuir para a ocorrência de óbitos evitáveis, com o objetivo de alcançar a remoção ou redução das situações de risco e da exposição decorrente.

A DIFÍCIL LUTA CONTRA O VETOR

1.1. O Dengue

O dengue é a arbovirose de maior incidência no mundo, sendo endêmica em todos os continentes, exceto a Europa. É de transmissão essencialmente urbana, ambiente no qual encontram-se todos os fatores fundamentais para sua ocorrência: o homem, o vírus, o vetor e principalmente as condições políticas, econômicas e culturais que formam a estrutura que permite o estabelecimento da cadeia de transmissão (MARZOCHI, 1994). Cerca de dois terços da população mundial vivem em áreas infestadas com mosquitos vetores do dengue, especialmente o *Aedes aegypti*, onde circulam algum dos quatro sorotipos do vírus do gênero Flavivirus, em alguns casos, simultaneamente. A forma hemorrágica da doença surgiu nas Américas em 1981, trinta anos depois de seu aparecimento na Ásia, e tem mostrado uma incidência crescente (TAUIL, 2002; CLARO et al., 2004).

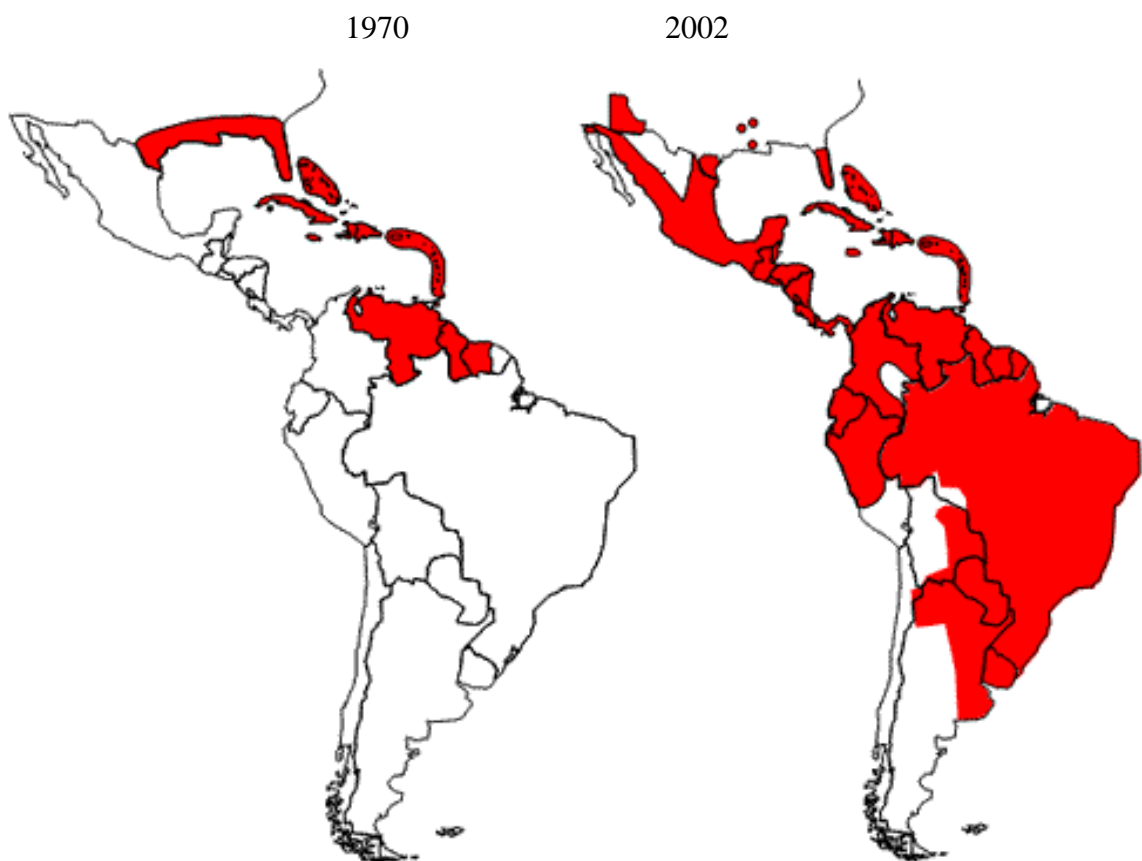
Tanto *Aedes aegypti* quanto *Aedes albopictus* são vetores do dengue. O primeiro - originário do território africano - tem maior adaptabilidade aos centros urbanos e é considerado doméstico por ser encontrado predominantemente no interior dos domicílios; o *A. albopictus* - originário da Ásia - é considerado transmissor secundário do dengue no Brasil, já que não se tem confirmado até hoje sua participação nas epidemias registradas (BARATA et al., 2001, PASSOS et al., 2003).

Na situação epidemiológica atual, o *A. aegypti* está presente em mais de 3.500 municípios brasileiros que correspondem a 26 estados. No ano de 2007 - até outubro, foram notificados 510.117 casos de dengue no país. Os estados com maior número de notificações foram: São Paulo - 78.614 (15,41%), Mato Grosso do Sul - 72.285 casos (14,17%), Rio de Janeiro - 55.467 (10,87%), Paraná - 46.231 (9,06%) e Minas Gerais - 38.996 (7,64%). (MS, 2007 - http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/casos_dengue.pdf, acessado em 20/2/08).

No Brasil, o *Aedes aegypti* foi considerado erradicado nos períodos de 1955 a 1967 e de 1972 a 1976, resultante do programa continental de erradicação do vetor liderado pela Organização Pan-Americana de Saúde/OPS, programa esse marcado por investidas isoladas e sem continuidade na América o que veio a resultar novas incursões do vetor através das tênues fronteiras geográficas (BRAGA & VALLE, 2007).

Em decorrência da complexidade da vida em sociedade associada à irregularidade de investimentos nos programas de controle e vigilância de endemias, o vetor se instalou definitivamente em nosso território, como mostra a **figura 1**.

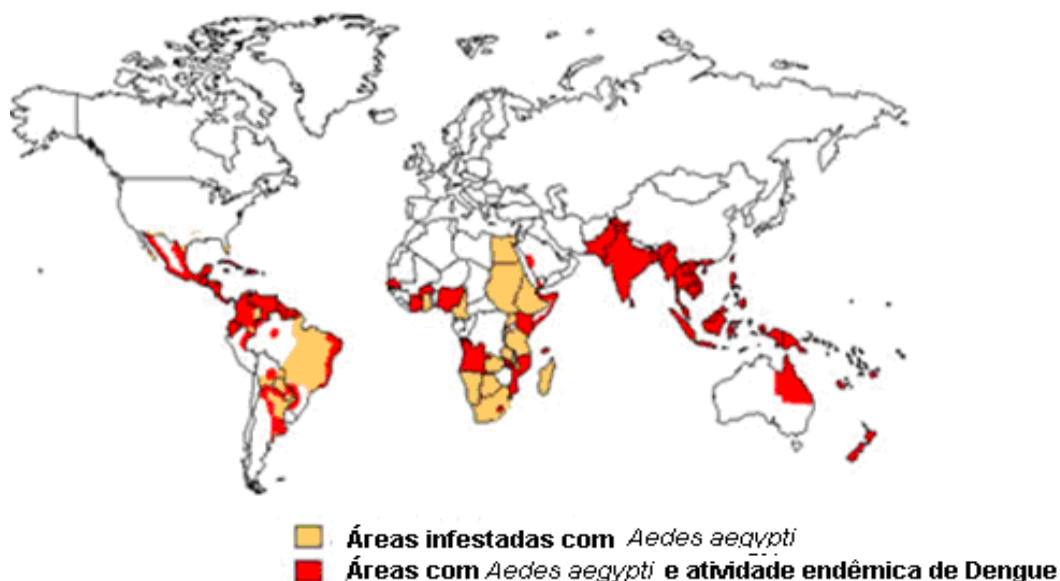
Figura 1. Distribuição de *Aedes aegypti* (áreas vermelhas) nas Américas em 1970 e em 2002 (Fonte: *Centers for Disease Control and Prevention/CDC*, 2007)¹



Segundo o CDC, hoje no mundo, as distribuições da dengue e do *A. aegypti* se encontram conforme mostra **figura 2**.

¹ A dispersão do vetor aponta somente para o *risco* da ocorrência do dengue, que só é viabilizada pela introdução de um dos quatro tipos de vírus que hoje são reconhecidos como causadores da doença.

Figura 2. Distribuição do Dengue e do *Aedes aegypti* no Mundo, 2005.



Além dos fatores bio-ecológicos (DIAS,1984; TEIXEIRA et al, 2002), a proliferação desse mosquito é dependente da estrutura social e urbana, localizada em determinado momento histórico e político. Está relacionada a uma política deficiente de combate à endemia expressa na ineficácia das ações de vigilância e intervenção; à concentração de populações expostas a condições sanitárias precárias; a classe social onde um indivíduo se insere, a qual determina o tipo e a qualidade da informação disponível, o acesso e a qualidade do serviço de saúde que recebe, e também ao pouco conhecimento sobre o papel do homem enquanto ator social, frente a endemia.

O combate ao *A. aegypti* pode ser orientado pela estratégia de controle ou erradicação, que se diferem pelas suas metas de extensão de cobertura, implicando em estrutura e organização diferenciadas. Mas os componentes básicos são os mesmos para ambas, a citar (GUBLER & CLARK, 1994; REITER & GUBLER, 1997; FUNASA, 1997; TEIXEIRA et al., 2002):

1. combate ao vetor, através de produtos químicos e biológicos;
2. saneamento básico, e
3. ações de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização Social.

Essas ações são imprescindíveis para a maioria dos programas cujo objetivo é combater o dengue, e devem ser orientadas por constantes avaliações do contexto epidemiológico, social, político e operacional. As diversas experiências nacionais e internacionais também devem ser consideradas como exemplo para uma atuação eficaz na redução dos índices de infestação vetorial a nível que decorra numa baixa taxa de incidência do dengue, algumas relatadas aqui como exemplo.

1.2. Algumas experiências no combate ao dengue envolvendo participação da população

A partir da década de 60, progressivamente, a luta antivetorial proposta pela Organização Pan-Americana de Saúde começa a ir além das pesadas aplicações de produtos químicos, reforçando a necessidade de uma maior participação das comunidades nos programas de controle de vetores.

A participação da população se tornou então um componente da estratégia de combate a epidemias, em resposta aos insucessos de campanhas de caráter central e verticalizado.

A experiência da América do Norte e de Cuba no enfrentamento do dengue em seus territórios traz reflexões sobre a posição do governo em diferentes frentes de atuação, cujos resultados nesses dois países incidiram diretamente no controle do dengue no primeiro, e diminuição do grau de letalidade numa epidemia com grande número de casos graves da doença denominados de Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) e Síndrome de Choque do Dengue (SCD), no segundo (OPS, 2004).

A América do Norte, que no passado foi fonte de disseminação de dengue para países vizinhos, hoje registra poucos casos autóctones, não traduzidos como um problema de saúde pública. Apesar das pressões de entrada do vetor no seu território, o controle vem sendo obtido através de um forte esquema de vigilância que consiste em detecção de doentes e bloqueio de transmissão, instalação de postos sentinelas em áreas de maior risco, além de estruturas urbanas equipadas com uma rede sanitária eficiente (DONALISIO, 1999; OPS, 2004).

Cuba também deixou lições positivas na luta contra o dengue. Em 1977, a ilha sofreu uma forte epidemia provocada pelo sorotipo 1; em 1981, outra grande epidemia ocorreu, dessa vez provocada pelo sorotipo 2, resultando um alto número de casos de FHD e SCD. Porém, devido à rápida ação do governo cubano em mobilizar toda a infra-estrutura médico-hospitalar, além de um grande número de técnicos para identificação e tratamento focal, a situação foi rapidamente controlada. À população foi imposta a eliminação imediata de focos nas residências, reforçada com atividades educativas. Ressalta-se nessa experiência cubana, a baixa letalidade nos casos hemorrágicos e de síndrome de choque, devido a medidas de internação para observação de todos os casos suspeitos de evolução grave (KOURÍ et al, 1989; OPS, 2004). Cuba demonstrou que as técnicas tradicionais de controle, usadas a tempo e com eficiência, podem diminuir o impacto de uma epidemia.

Nos casos bem sucedidos de controle do dengue, tanto nos Estados Unidos como em Cuba, a eficiência é decorrente em grande parte, da rede pública de serviços e vigilância ativa. Mesmo assim, a participação da população é um componente imprescindível.

Para atrair e orientar a participação da população, estudos sobre determinantes sócio-culturais se tornaram um instrumento valioso para uma maior compreensão do quadro epidemiológico, auxiliando no planejamento e execução de novas propostas de controle.

Tomando a questão do reconhecimento da participação social como componente para o desenvolvimento de novas estratégias de ação, várias pesquisas foram desenvolvidas aplicando metodologias de base qualitativa que possibilitassem revelar as vivências, saberes e práticas das populações em estudo, para a melhor compreensão dos comportamentos individuais e coletivos como respaldo ao desenvolvimento de propostas que estimulassem a participação dos sujeitos nas ações de prevenção e controle do dengue.

A participação comunitária é preconizada pela Organização Mundial de Saúde, componente fundamental no controle das doenças transmitidas por vetores, e no caso do dengue, sua participação é cada vez mais necessária tendo em vista *"o controle larvário o ponto nevrálgico, a exigir verdadeira luta corpo-a-corpo no seio da população"* (DIAS, 1998; OPS, 2004).

Assim, foram propostos ou desenvolvidos programas tendo em seu contexto a participação das comunidades em ações estratégicas apontando para possibilidades de representarem, a longo prazo, soluções para problemas de saúde (MARZOCHI, 1994; BRYANT, 1994; GUBLER & CLARK, 1994; CUNHA et al., 2002).

Experiências positivas foram registradas em diversos países das Américas e Ásia dentro dessa perspectiva (LLOYD et al, 1992; 1994; SWADDINUDNIPONG, 1992; PASSOS et al, 1998, CHIARAVOLLOTTI NETO, 1998) utilizando os melhores recursos humanos disponíveis no desenvolvimento de programas multidisciplinares, com apoio de agências internacionais de saúde, centros de pesquisa, fundações, universidades e ministérios da saúde dos diversos países.

Na maioria dos programas relatados por Gubler & Clark (1994) envolvendo a participação da população, a redução de infestação por *A. aegypti* foi significativa, como por exemplo, em Santa Lúcia/Caribe, onde se obteve uma redução de 35 a 50 % para 4 % nos índices de infestação predial² em duas comunidades. No Panamá, o programa de participação comunitária resultou numa redução do índice de infestação de 8% para 4%.

Lloyd et al. (1992,1994) descrevem o processo utilizado em Mérida, no México, no ano de 1989, para a implementação do programa de participação da população no controle de *A. aegypti* com resultados que atestam a validade dessa participação.

Swaddiwudhipong et al. (1992), relataram atividades de controle do dengue na área urbana da Tailândia, com ênfase no controle dos criadouros de larvas envolvendo no processo de discussão, confecção e divulgação de mensagens e materiais educativos, principalmente professores, agentes de saúde, funcionários públicos e a mídia. Os autores concluíram que a participação comunitária reduziu a transmissão.

No Brasil projetos de controle do dengue envolvendo a população também foram relatados, como em Ribeirão Preto/São Paulo (PASSOS et al., 1998), baseado na participação popular e manejo ambiental, com utilização maciça dos meios de comunicação, trabalho nas escolas e integração de diferentes órgãos públicos. Em decorrência das atividades

² O índice de infestação predial é um indicador entomológico, obtido através da multiplicação do número de imóveis encontrados com formas imaturas de *A. aegypti* por 100, dividindo-se o resultado pelo total de imóveis inspecionados.

desenvolvidas, observou-se que houve um declínio do número de casos registrados comparando-se o ano de 1990, com 546,9 casos por 100.000 habitantes, ao de 1991, com queda para 56,7, e progressivamente decrescendo em 1992, para 1,6 e em 1993/1994, para 0,9. Nos anos posteriores, os índices voltaram a aumentar gradativamente, tendo em vista a falta de uma política que abrangesse os municípios vizinhos.

Entretanto, nota-se que, apesar da mobilização social ser considerada um componente da estratégia de controle na maioria dos projetos e programas, o Estado investe minimamente nesse campo e, além disso, tardiamente (MARZOCHI, 1994). A exemplo, a verba destinada a esse componente na epidemia de 2001/2002 foi relativa a 8,08% dos recursos totais do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD-2000) (SANTOS, 2003).

Deve-se salientar que as ações de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização Social têm como objetivo a mudança de atitude e práticas da população, além do “*empowerment*” do indivíduo para que esse seja capaz de controlar a situação em seu próprio domicílio, de forma preventiva. Esses reservatórios intra-domiciliares são considerados de responsabilidade individual pelos programas de combate ao dengue, entretanto, essa “responsabilidade” contrasta radicalmente com as próprias obrigações do estado, principalmente no que se refere àquelas relacionadas à infra-estrutura sanitária, como coleta sistemática e direta de resíduos e fornecimento de água ininterrupto, evitando o acúmulo de lixo em caçambas e a necessidade quase contínua de armazenamento de água em galões ou tanques, principalmente em áreas de maior densidade populacional, com ocupação desordenada, como as favelas do Rio de Janeiro.

A culpabilização da população (VALLA, 1998) pela existência de criadouros artificiais é conhecida, institucionalizada, e constantemente rebatida pelo meio acadêmico, frente a não realização por parte do Estado, das ações para promoção da qualidade de vida da população, através de saneamento dos centros urbanos, como proposto pelo PEAA (Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*, 1996) e reforçado pelo PNCD (Programa Nacional de Controle da Dengue, 2002), através de uma “*atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recursos seguros para armazenagem de água*” (MS, 2007, <http://portal.saude.gov.br>, acessado em 08/9/2007). Mesmo diante de tantos programas para controle ou erradicação da dengue, a situação epidemiológica sempre foi grave no território nacional, desde os anos 80.

1.3. As epidemias de dengue no Brasil: um panorama nacional e registro da situação no Rio de Janeiro

A história do dengue no Brasil como problema de saúde pública começou há muito pouco tempo - nos anos 80. Em 1981 se deu a primeira epidemia confirmada clínica e laboratorialmente em Boa Vista/Roraima, sendo esta epidemia associada aos sorotipos 1 e 4, estimando-se a ocorrência de aproximadamente 11 mil casos (OSANAI, 1984). Devido ao intenso e criterioso trabalho da SUCAM - Superintendência de Campanhas de Saúde Pública - não houve uma expansão da doença para áreas vizinhas, entretanto o fato chamou a atenção sobre a possibilidade de ocorrência da doença em outras regiões.

Nos cinco anos seguintes, nenhum outro caso de dengue foi notificado no país. Em abril de 1986, uma epidemia em Nova Iguaçu, Estado do Rio de Janeiro, pelo vírus tipo 1, atinge outras áreas populosas próximas, como os municípios de Rio de Janeiro, São Gonçalo, Niterói, Duque de Caxias, dentre outros, notificando-se 33.568 casos (taxa de incidência de 276,4 por 100.000 habitantes).³ (MIAGOSTOVICH et al., 1993; NOGUEIRA et al, 1999; MARZOCHI, 1994)

Os estados do Ceará e Alagoas também foram atingidos no mesmo ano, com elevadas taxas de incidência: 138,1 e 411,2 por 100.000 habitantes, respectivamente; em 1987 ocorreram surtos em pequenas cidades de São Paulo, Minas Gerais e Bahia (TEIXEIRA et al, 1999). Posteriormente, o sorotipo 2 foi identificado em Tocantins, Alagoas e Ceará. Atualmente existe transmissão de dengue em 20 estados da federação, com circulação simultânea dos dois sorotipos em 14 deles (FUNASA, 2000).

Os dois anos seguintes foram endêmicos no Rio de Janeiro, Alagoas e Pernambuco, e epidêmicos no Ceará. Em 1990/91 uma epidemia se repete no Rio de Janeiro, devido a introdução do sorotipo 2 (NOGUEIRA et al., 1990, 1991; MIAGOSTOVICH et al., 1993).

³ Vale citar que a média das taxas de incidência em anos não epidêmicos é de 27 casos/100.000 habitantes, já a média dos anos epidêmicos é de 470casos/100.000 habitantes (www.saude.rio.rj.gov.br)

Com o crescente aumento de casos pelo sorotipo 2, a incidência atingiu 165,7 casos por 100.000 habitantes em 1990 e, em 1991, 613,8 casos por 100.000 habitantes nesse estado. Nesse período, começam a surgir casos de dengue hemorrágico em maiores proporções no estado, com 1.316 notificações, 462 confirmações diagnósticas e oito óbitos, tendo 03 deles ocorrido no município do Rio de Janeiro, que apresentou, no período, 237 casos classificados como FHD, a maioria em adultos, diferentemente dos países asiáticos. (TEIXEIRA et al., 1999; WALDMAN et al., 1999; FUNASA, *apud* SCHATZMAYR, 2000).

Nos anos de 1992 e 1993 a doença manteve comportamento endêmico no Rio de Janeiro, com taxas de incidência de 12,84 e 4,77 por 100.000 habitantes, respectivamente. Em relação aos demais estados brasileiros, apenas em Mato Grosso e Mato Grosso do Sul ocorreram surtos no ano de 1993, com taxas de incidência de 41,23 e 30,81, respectivamente (MS/SVS, 2000).

Em 1994, ressalta-se epidemia de grandes proporções no Ceará, com taxa de incidência de 711,88 por 100.000 habitantes, 185 casos suspeitos de dengue hemorrágico e 12 óbitos (TEIXEIRA et al., 1999). No ano de 1995, se inicia nova alça epidêmica no Rio de Janeiro, e ao final de 1996 aproximadamente 50.000 casos foram registrados (NOGUEIRA et al., 1999). Em 1997 o dengue se manteve na forma endêmica, entretanto, no ano seguinte foram registrados 570.148 casos no país (SCHATZMAYR, 2000), sendo 13.618 somente no Município do Rio de Janeiro, com 05 óbitos (SMS/RJ, 2000).

Um outro dado de relevância ocorreu em janeiro de 2001, no município de Nova Iguaçu, Rio de Janeiro, que nos remete ao ano de 1990, quando da introdução do sorotipo 2. Foram identificados 4 casos autóctones de dengue tipo 3 (NOGUEIRA et al., 2001) pelo laboratório de Virologia da Fundação Oswaldo Cruz. Esse fato mudou todo o panorama da doença no país, como registrado por Donalísio (1999) ao comentar sobre a situação imunológica da população à época. *"A 'virgindade imunológica' da população brasileira à infecção pelos vírus D-3 e D-4, e boa parte também pelo vírus D-2 e D-1, deixa em aberto a possibilidade de transmissão maciça da virose, como ocorreu com o sorotipo 1 em 1986, e com o vírus D-2, em 1990 e 1995 no Rio de Janeiro"*.

Segundo estudo realizado sobre Dengue e Dengue Hemorrágico no Brasil no período de 1981 a 2002, de autoria de Siqueira Jr. et al (2005), pode-se observar que o modelo epidemiológico do dengue nos últimos 20 anos pode ser dividido em dois períodos distintos:

- ▶ 1986 a 1993 – quando o dengue se apresentou em ondas epidêmicas localizadas, com a introdução dos sorotipos 1 e 2, tendo sido registrados 294.419 mil casos, na maioria ocorridos entre os meses de dezembro e maio, quando as chuvas são mais intensas. Era observado um intervalo cíclico de dois anos entre os grandes picos de ocorrência, com baixa atividade de transmissão nas épocas de estiagem (junho a novembro).

- ▶ período de 1994 a 2002 – com dispersão do vetor por todas as regiões do país, proporcionando situações endêmico-epidêmicas de grandes proporções: 2.826.948 casos registrados, indicando um aumento na incidência de 37 para 454 casos por 100.000 habitantes, sendo que 482.163 casos registrados em época de baixa pluviosidade, demonstrando o aumento da atividade viral.

A situação da Febre Hemorrágica do Dengue (DHF) no Brasil teve uma mudança epidemiológica de grande importância. Durante a década de 90, após a introdução do DEN2, foram registrados 893 casos com 44 óbitos. Na década seguinte, durante o ano de 2001, 682 casos foram registrados, e em 2002, 2.714 (MS/SVS, 2006). A maioria dos casos ocorreram no Estado do Rio de Janeiro. O número absoluto de mortes por DHF em 2002 (n =150) excederam os óbitos causados por malária pela primeira vez no Brasil. (SIQUEIRA JR. et al., 2005; MS/SVS, 2006). Até o ano de 2005, a situação de incidência de casos de dengue hemorrágico se apresentava conforme a **Tabela 1**:

Tabela 1. Incidência da febre hemorrágica do dengue no Brasil, 1990-2005

Casos confirmados por Unidade da Federação e Ano

Unidade da Federação	1990	1991	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Rondônia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	1	0	0
Acre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9	0
Amazonas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	58	0	52	0	4
Roraima	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Pará	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	9
Amapá	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	2
Tocantins	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	4	0	1
Maranhão	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	6	25	0	45
Piauí	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4	8	28	0	8
Ceará	0	0	25	0	0	0	3	2	2	74	69	291	14	195
Rio Grande do Norte	0	0	0	0	0	25	8	22	6	31	55	28	5	8
Paraíba	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	10	1	0	10
Pernambuco	0	0	0	6	6	13	46	28	33	13	328	23	7	18
Alagoas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	11	0	11	9
Sergipe	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	3	0	0	1
Bahia	0	0	0	2	0	0	1	2	0	1	81	9	1	16
Minas Gerais	0	0	0	0	0	1	8	1	2	0	21	79	21	14
Espírito Santo	0	0	0	1	0	0	7	0	0	0	66	47	3	4
Rio de Janeiro	274	188	0	105	63	7	22	12	13	425	1895	47	4	13
São Paulo	0	0	0	0	0	0	0	1	2	5	31	22	0	8
Paraná	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0
Mato Grosso do Sul	0	0	0	0	0	0	2	3	0	43	42	1	0	3
Mato Grosso	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	13	24	1	14
Goiás	0	0	0	0	0	0	1	1	3	24	64	36	20	78
Distrito Federal	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	6	1	0
Total	274	188	25	114	69	46	105	72	62	682	2714	727	103	463

Fonte: MS/SVS, 2006

No ano de 2007, a situação do dengue no Brasil registrava, nos três primeiros meses do ano, 134.909 casos. Em Mato Grosso do Sul, o número de casos registrados foi o maior do país naquele ano. Em Campo Grande, capital do estado, foram registrados 46.082 casos. Foram confirmados 20 casos de dengue hemorrágica com quatro mortes. Em São Paulo, ocorreram 12.221 casos naquele mesmo período, do total de 30.577 casos na Região Sudeste. O Rio de Janeiro registrou 8.765 casos, com dez casos de dengue hemorrágica e quatro óbitos confirmados. (www.cienciaesaude.uol.com.br, acessado em 02/08/2007).

A última epidemia no Estado do Rio de Janeiro reconhecida oficialmente foi a de 2002, com 288.245 casos, sendo 1.831 casos de FHD, e 91 óbitos. Entretanto, conforme dados da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, o dengue tem se apresentado tanto no Estado quanto no Município, com um alto número de casos, ou seja, em constante estado endêmico. A exemplo, no ano de 2006 foram registrados 31.054 casos no Estado, sendo que na Região Metropolitana ocorreram 17.348, dentre os quais 14.989 no Município do Rio de Janeiro. Em 2007 a situação se agravou, tendo 66.553 casos no Estado, e 33.614 casos na Região Metropolitana. Novamente, o Município do Rio de Janeiro concentrou o maior número de ocorrências, com 26.810 casos, porém a situação do dengue nos primeiros dois meses de 2008 se apresenta a mais grave dos últimos 5 anos. (SESDEC-RJ/SAS/SVS/ADTVZ).

A **Tabela 2** descreve a situação do dengue no Rio de Janeiro, a partir da sua introdução, e a **Tabela 3**, o número de casos e óbitos por dengue hemorrágico.

Tabela 2. Distribuição dos casos de dengue notificados no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1986 a 2008

**DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE DENGUE NOTIFICADOS
ESTADO DO RIO DE JANEIRO DE 1986 A 2008**

Anos Meses	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL
1986	-	-	-	1.603	13.258	8.594	3.611	793	246	181	426	3.795	32.507
1987	14.074	16.422	15.217	8.182	3.696	1.129	351	58	22	21	74	109	59.355
1988	302	205	297	143	116	86	31	77	48	20	67	58	1.450
1989	123	99	93	213	160	88	48	19	13	23	83	182	1.144
1990	55	44	104	1.140	2.423	2.383	2.341	779	406	399	2.798	6.813	19.685
1991	34.636	20.036	14.783	9.903	3.565	1.290	403	217	249	191	242	376	85.891
1992	437	357	244	91	90	80	47	38	39	66	91	78	1.658
1993	62	50	300	43	18	8	9	17	24	20	34	38	623
1994	28	23	77	14	20	23	34	20	16	23	6	3	287
1995	586	7.817	16.442	7.743	2.235	124	85	65	21	20	53	49	35.240
1996	499	744	3.673	6.873	2.866	738	203	82	75	53	127	292	16.225
1997	308	370	289	158	100	75	43	37	47	28	67	782	2.304
1998	1.554	1.917	8.272	11.359	2.950	528	154	85	55	57	122	5.329	32.382
1999	667	835	1.770	2.437	1.459	319	137	113	96	83	63	1.104	9.083
2000	289	318	612	923	1.003	392	199	150	102	95	96	102	4.281
2001	3.055	7.435	11.088	19.287	20.596	8.530	3.386	1.303	657	931	926	3.023	80.215
2002	49.280	93.016	99.861	31.642	7.208	1.672	985	502	272	522	1.522	1.763	288.245
2003	1.797	2.390	1.755	1.000	545	263	140	100	104	159	415	574	9.242
2004	508	341	443	211	132	76	84	112	128	159	192	308	2.694
2005	358	256	218	167	126	157	115	191	146	189	267	390	2.580
2006	1.920	4.515	6.036	7.685	4.153	1.355	626	841	326	337	423	837	31.054
2007*	3.229	6.261	14.225	15.019	11.050	4.452	2.293	1.085	847	1.262	2.777	4.053	66.553
2008*	9.824	3.500	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.324

FONTE: SESDEC-RJ/SAS/SVS/CVE/DDT/GDTVZ

*2007 e 2008: dados SINAN-RJ sujeitos à revisão e atualizados em 27/02/2008.



Tabela 3. Distribuição de casos e óbitos por *Dengue Hemorrágico* e outras formas, ocorridos no Estado do Rio de Janeiro, no período de 1990 a 2007

Especificação	Número de caso													ÓBITOS	
	Anos Meses	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ	TOTAL	DH
1990	-	-	-	2	2	10	7	5	1	3	29	161	220	15	-
1991	565	261	145	85	26	1	1	-	1	-	1	-	1.086	24	-
1992	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1993	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1994	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
1995	3	57	51	9	11	2	-	-	1	3	1	-	138	-	-
1996	1	2	12	26	20	1	-	1	-	-	-	-	63	-	-
1997	1	1	2	2	-	-	-	-	-	-	-	1	7	1	-
1998	2	-	5	13	-	-	1	-	-	-	-	-	21	3	-
1999	-	3	3	3	2	-	-	-	-	-	-	-	11	3	-
2000	-	-	-	2	1	-	2	-	-	-	-	-	5	-	-
2001	15	22	49	80	140	71	14	5	5	12	15	39	467	13	-
2002	412	624	538	186	21	10	9	-	1	4	16	10	1.831	91	-
2003	9	14	8	8	3	1	1	-	-	2	-	1	47	-	-
2004	1	1	-	1	-	1	-	-	-	-	-	-	4	-	-
2005	-	-	3	1	3	-	-	2	-	2	1	1	13	2	1
2006***	5	8	10	17	16	10	3	2	1	3	2	2	79	12*	-
2007***	2	6	37	19	8	2	-	-	-	-	-	-	74	10**	4**

FONTE: SESEDEC-RJ/SAS/SVS/Assessoria de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses.

* Óbitos por Dengue Hemorrágico-2006: 4 (quatro) confirmados no município do Rio de Janeiro; 1 (um) confirmado no município de Volta Redonda (local de infecção no Estado do Espírito Santo); 1 (um) confirmado no município de Rio das Ostras; 1 (um) confirmado no município de Angra dos Reis; 1 (um) confirmado no município de Magé; 1 (um) confirmado no município de Nova Iguaçu; 1 (um) confirmado no município de Barra do Pirai; 1 (um) confirmado no município de Mesquita; 1 (um) confirmado no município de São Gonçalo.

** Óbitos-2007: município do Rio de Janeiro: 01 por "Dengue com Complicações", 04 por FHD: 05; município de Itaboraí: 01 por FHD; município de Barra Mansa: 01 por FHD; município de Nova Iguaçu: 01 por "Dengue com Complicações"; município de São Gonçalo: 02 por FHD; município de Nova Friburgo: 01 por FHD; município de Campos dos Goytacazes: 01 por "Dengue com Complicações", 01 por SCD: 02; município de Resende: 01 por FHD - TOTAL do Estado: 14 confirmados.

***2006 e 2007: dados SINAN-RJ sujeitos à revisão e atualizados em 12/07/2007.



1.4. Dengue: atingindo ricos e pobres, mas não da mesma forma – a vulnerabilidade em questão

A organização social do espaço e o modo de vida de suas populações são considerados fatores intrínsecos à frequência e à distribuição do dengue, gerando em escala exponencial a formação e manutenção de *habitats* propícios para oviposição e proliferação do vetor, sendo um dos mais importantes condicionantes de uma epidemia de dengue a densidade e dispersão do mosquito, não se relacionando, a princípio, a ocorrência da doença às más condições sociais e econômicas das populações (TEIXEIRA et al.,1999; CLARO et al.,2004).

De fato, quando a densidade populacional do mosquito é alta, condições sócio-econômicas não vão determinar o surgimento de novos casos, que ocorrerá tanto nos bairros nobres como nos bairros pobres de qualquer grande cidade. Entretanto, nos períodos de baixa densidade, é na periferia e áreas de favelas – com condições de vida precárias – que o *A. aegypti* pode ser encontrado mais facilmente e a situação do dengue pode permanecer endêmica, com novos casos frequentes. Nessas áreas observa-se fatores econômicos e sociais que por sua vez determinam condições ambientais, como moradia, adensamento populacional e saneamento ambiental, que são fatores de risco para a ocorrência de dengue (MARZOCHI, 1994).

Estudos vêm sendo desenvolvidos no sentido de relacionar a incidência da doença às vulnerabilidades espaciais, ou seja, às condições do meio ambiente onde os casos ocorrem. Variáveis como baixa renda, densidade populacional, escolaridade do chefe da família, suprimento de água e recolhimento de lixo são as que melhor têm determinado uma área de alto risco para dengue, incluindo a ocorrência de casos graves (ALMEIDA et al., 2007; BARRERA et al., 2000; COSTA E NATAL,1995).

Segundo Porto (2007) *“numa visão integrada e contextualizada, a compreensão e a intervenção sobre os processos que geram vulnerabilidades são fundamentais na proposição de estratégias de prevenção de riscos, de promoção da saúde e da justiça ambiental. Mais que os aspectos técnicos dos riscos em si e os processos físicos e biológicos dele decorrentes, em contextos vulneráveis, são as vulnerabilidades presentes na sociedade que representam uma ameaça maior à saúde, tanto individual quanto coletiva.”*

Um exemplo dessa situação de vulnerabilidade é a comparação do número acumulado de casos de dengue no período de 1986 a 2002 no Município do Rio de Janeiro, das regiões administrativas (R.A.) que incluem bairros nobres como Botafogo (IV R.A. n=8.385), Copacabana (V R.A. n=4.990), Lagoa (VI R.A. n=8.743), com as regiões administrativas onde se localizam bairros periféricos ou de subúrbio, como Ramos (X R.A. n=13.761), Penha (XI R.A. n= 15.628), Bangú (XVII R.A. n= 19.385) e Campo Grande (XVIII R.A. n=14.928) (SMS, 2007). O número de casos acumulados chega a ser maior que o dobro quando comparadas às R.As. com índices mais elevados dos dois grupos (Lagoa e Bangu).

Com o passar dos anos, a população de favelas aumentou significativamente face aos baixos salários ou mesmo ao desemprego, e a uma fraca política de habitação enfrentados por um grande setor da população. Em decorrência da falta de implementação de políticas sociais nas últimas décadas, o crescimento das populações pobres vem se dando não só nas áreas periféricas, mas também nos grandes centros urbanos - mais próximos das oportunidades de trabalho com gastos menores em transporte, gerando assim uma realidade heterogênea na nossa sociedade em todos os aspectos, estratificando os homens, tornando-os desiguais em relação ao acesso a bens e serviços.

Segundo o Ministério da Saúde (2004) (<http://sistemas.aids.gov.br>), uma pesquisa desenvolvida pela Fundação Oswaldo Cruz com bases em dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística/IBGE, mostrou que a população das favelas na cidade do Rio de Janeiro cresceu 25% entre 1991 e 2000. Esse número representa um acréscimo de 1.092.958 pessoas e um aumento de 69 favelas. No mesmo período, a população do Rio de Janeiro teve um crescimento de 6,77%. Outros dados apresentados nesse estudo mostram que a população que mora nas favelas é mais vulnerável aos problemas de saúde, nos quais se destacam AIDS, cólera, leptospirose e tuberculose. Entre as principais causas dessa vulnerabilidade estão a falta de saneamento básico, o baixo nível de instrução, problemas com a coleta de lixo, o nível de renda da população e a falta de esclarecimento sobre prevenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004)

Estas vulnerabilidades são bem demonstradas por Szwarcwald et al. (1999), ao associar a desigualdade de renda às condições de saúde no Município do Rio de Janeiro. Neste trabalho, os autores identificam a pobreza concentrada geograficamente, e *"conseqüentemente, à medida que a pobreza aumenta em uma área particular da cidade, ali*

crecerão a criminalidade, mortalidade infantil, o abuso de drogas, o alcoolismo, e as doenças de uma forma geral” (MASSEY, apud SZWARCWALD et al., 1999).

1.4.1 - O Conceito de Vulnerabilidade

O uso deste conceito neste trabalho, baseia-se na perspectiva biomédica, aplicado no campo da saúde pública, sem restringi-lo à dimensão biológica apenas. É importante integrar a ele elementos sociais, econômicos e culturais na análise das doenças, para verificar se um grupo populacional é mais ou menos vulnerável a um determinado agravo, entendendo o conjunto de processos políticos, econômicos, culturais e psicológicos, além dos propriamente biomédicos, que possibilitam o enfraquecimento ou fortalecimento diante da possibilidade de ocorrência de uma doença (PORTO, 2007).

Cabe ressaltar que o conceito de vulnerabilidade aponta para um conjunto de fatores de níveis e magnitudes distintos, cuja interação amplia ou reduz as possibilidades de uma pessoa adoecer. Dilley & Boudreau, em 2001, ao empregarem o termo em um trabalho sobre nutrição (apud MUÑOZ SANCHEZ & BERTOLOZZI, 2007), definem o conceito como a *“possibilidade de sofrer danos e a capacidade para o seu enfrentamento”*. Kottow (2003) observa que *“human beings are essentially vulnerable in the view that their existence as humans is not given but constructed”*.⁴

O conceito de vulnerabilidade ganhou amplitude no campo da saúde pública ao ser trabalhado por Jonathan M. Mann (1993) referindo-se à infecção pelo HIV, ao organizar o livro *“A AIDS no Mundo”*. Em relação a vulnerabilidade e a questão do indivíduo frente a AIDS coloca questões que podem ser associadas ao estudo do comportamento humano frente às endemias em geral :

“O comportamento individual é tanto mutável quanto conectado socialmente, variando durante a vida da pessoa (por exemplo, comportamento sexual na adolescência, meia-idade e terceira idade), mudando em resposta à história e experiência pessoal e fortemente influenciado por

⁴ Tradução da autora: Seres humanos são essencialmente vulneráveis já que sua existência como humanos não é dada, e sim, construída.

indivíduos-chave (família, amantes, amigos), comunidades e entidades sociais e culturais mais abrangentes... Portanto, ao avaliar a vulnerabilidade, é importante considerar a comunidade, além de fatores nacionais e internacionais, que possam influenciar a vulnerabilidade pessoal durante o curso de uma vida” (MANN, 1993).

Discutir a relação de um indivíduo com uma doença, implica falar de situação social e cultural, status econômico, crenças e valores, auto estima, condições de acesso aos serviços de saúde, e muitos outros fatores. Ou seja, é tentar compreender qual o grau de vulnerabilidade desse indivíduo à epidemia.

"Em outras palavras, se o alvo é inevitavelmente 'macro', já que não há registro de nenhuma epidemia que tenha sido controlada sem um esforço amplo e articulado no conjunto da comunidade atingida, a trajetória de construção de saberes e práticas para ações de saúde pública precisa partir do 'micro', da identificação das particularidades que permitem estabelecer pontes reais (e não ideais) entre as situações concretas de práticas e as preocupações gerais que nos orientam” (AYRES, 1997).

A vulnerabilidade de um indivíduo a um determinado agravo é determinada por uma série de circunstâncias, que podem ser ordenadas em três ordens de fatores: 1) os que dependem diretamente das ações individuais, configurando o comportamento do indivíduo, a partir de um determinado grau de consciência que ele manifesta; 2) os que dizem respeito às ações comandadas pelo poder público, iniciativa privada e agências da sociedade civil, no sentido de diminuir as chances de ocorrência do agravo, e 3) um conjunto de fatores sociais, que dizem respeito à estrutura disponível de acesso a informações, financiamentos, serviços, etc. A definição clássica desses três campos, feita por profissionais da área da saúde pública de olhos postos no tema da AIDS, contempla os seguintes elementos:

*"No plano individual, a avaliação da vulnerabilidade ocupa-se, basicamente, dos **comportamentos** que criam a*

*oportunidade de infectar-se e/ou adoecer, nas diversas situações já conhecidas de transmissão do HIV (relação sexual, uso de drogas injetáveis, transfusão sanguínea e transmissão vertical). Considera-se, entretanto, que os comportamentos associados à maior vulnerabilidade não podem ser entendidos como decorrência imediata da vontade dos indivíduos, mas relacionam-se ao **grau de consciência** que estes indivíduos têm dos possíveis danos decorrentes de tais comportamentos e ao **poder de transformação** efetiva de comportamentos a partir dessa consciência.*

O plano programático refere-se à existência de ações institucionais especificamente voltadas para o problema da aids, e a vulnerabilidade é apreendida aqui por aspectos como a) compromisso das autoridades locais com o enfrentamento do problema; b) ações efetivamente propostas por estas autoridades; c) coalizão inter-institucional e inter-setorial (saúde, educação, bem-estar social, trabalho, etc.) para atuação específica; d) planejamento das ações; e) gerenciamento dessas ações; f) capacidade de resposta das instituições envolvidas; g) financiamento adequado e estável dos programas propostos; h) continuidade dos programas; i) avaliação e retroalimentação dos programas, etc.

Já no plano social, a vulnerabilidade vem sendo avaliada através de aspectos como: a) acesso à informação; b) quantidade de recursos destinados à saúde por parte das autoridades e legislação locais; c) acesso e qualidade dos serviços de saúde; d) comportamento de indicadores epidemiológicos, como o coeficiente de mortalidade infantil; e) aspectos sócio-políticos e culturais, como a situação da mulher (menores salários, ausência de

legislações de proteção específica, exposição à violência, restrições de exercício de cidadania, etc.); f) grau de liberdade de pensamento e expressão, sendo tanto maior a vulnerabilidade quanto menor a possibilidade desses sujeitos fazerem-se ouvir nas diversas esferas decisórias; g) grau de prioridade política (e econômica, portanto) dada à saúde; h) condições de bem-estar social, como moradia, escolarização, acesso a bens de consumo, entre outros”.
(AYRES, 1997)

O conceito de vulnerabilidade reforça a necessidade de um aprofundamento do olhar científico em relação ao senso comum, ao cotidiano, buscando novas perspectivas, e essas novas perspectivas são cada vez mais importantes para o desenvolvimento de novos modelos de intervenção que sejam elaborados a partir da consideração de aspectos ambientais, sociais, culturais e comportamentais, já que esses têm uma maior probabilidade de realmente interferir no controle da transmissão de doenças, a partir da contemplação das necessidades e interesses da comunidade, além das suas representações sobre o agravo em questão (MUÑOZ SANCHES & BERTOLOZZI, 2007; BARATA, 2005)

A intenção de aproximação a esse conceito hoje tão discutido na área da Saúde Coletiva, é de demonstrar que a vulnerabilidade ao dengue, a despeito da densidade vetorial, é percebida sob vários aspectos no que tange os diferentes grupos sociais, e isso vem desde há muito tempo na história.

No passado, o dengue, assim como a febre amarela, era ligado à pobreza, falta de condições de vida dignas, sujeira e estagnação. Na primeira epidemia, em meio ao século XIX, era conhecida como "patuléia", que significa ralé. Os que tinham maior poder aquisitivo na época, se refugiavam - fugindo da doença - em Petrópolis ou Santa Teresa (Milton Teixeira, 2001, em entrevista ao jornal O Globo, 29/3/2001, p.14).

Atualmente é evidente que o dengue é bem mais "democrático", não ficando restrito à população de baixa renda. Todavia, pode-se notar que a doença ainda carrega a imagem da pobreza e falta de condições dignas de vida, quando por exemplo, analisamos alguns trechos

de reportagens, abaixo reproduzidas, sobre a situação do dengue no município do Rio de Janeiro, em ocasião da epidemia de 2001/2002, publicadas pelo jornal de maior circulação na cidade. Observa-se uma barreira entre os "dois mundos", e até uma implícita estranheza pela doença ter atingido uma das áreas de maior concentração de riqueza no município - o bairro do Leblon, situação esta que se tornou ainda mais repercutida por um dos casos ser pelo vírus Dengue tipo 3, na forma hemorrágica:

"Uma doença sem fronteiras - Rio é campeão nacional de dengue e bairros de classe alta já registram casos" (O Globo, 20/3/2001, p.14)

"Aedes aegypti vira tema de alta sociedade"
(O Globo, 20/3/2001, p.14)

"Rio tem o primeiro caso de dengue 3, no Leblon - doença na forma hemorrágica atinge jovem em condomínio de classe média alta"
(O Globo, 24/3/2001, p. 19)

"Em nenhum outro lugar um caso de dengue tem a repercussão de um caso no Jardim Pernambuco (Leblon), por exemplo" - Sérgio Arouca, Secretário Municipal de Saúde
(O Globo, 01/4/2001, p.25)

"Segundo o gerente operacional do Programa de Erradicação da Dengue, Anderson de Oliveira Faria, os bairros da Zona Sul têm IIP (índice de infestação predial) baixo. Segundo ele, nenhum bairro do Rio tem índice próximo de 25%. O mais alto seria de 11% em uma favela"
(O Globo, 30/3/2001, p.14)

"Zona Norte tem maior infestação de Aedes"
(O Globo, 31/3/2001 - p.14)

Pode-se notar ainda, a desigualdade quanto às formas de enfrentamento do problema: enquanto parte da população fica à mercê das ineficazes intervenções planejadas pelos órgãos públicos, outras alternativas são encontradas pelo segmento de maior poder aquisitivo, assim como no século XIX:

"Condomínios compram fumacê - Máquinas para aspergir inseticida custam, em média, R\$3.000"

(O Globo, 30/3/2001, p.17)

"Jogador manda os filhos para Brasília"

(O Globo, 20/3/2001, p.14)

As vulnerabilidades estão implícitas no processo saúde-doença, e vão além do próprio conceito de risco, pois aborda questões individuais, coletivas e contextuais. *“Falar de risco significa entendê-lo simultaneamente como ameaça, probabilidade, assim como quem e como se é afetado por esse perigo”* (PORTO, 2007). Coloca-se aí, a necessidade de se aproximar da população para melhor conhecer os problemas vividos e suas representações, já que é através dessa aproximação que se pode encontrar alternativas de intervenção para o controle de um agravo à saúde, dentro do olhar particular de um grupo, entendendo assim o que o leva a se tornar mais ou menos vulnerável ao se defrontar com situações de risco.

A TEORIA DA REPRESENTAÇÃO SOCIAL COMO REFERENCIAL TEÓRICO

Considerando o estudo das representações sociais de um agravo uma aproximação do saber local, das vulnerabilidades individuais e sociais, e também das formas de enfrentamento ali existentes, tomamos com base teórica desse estudo a Teoria das Representações Sociais.

A necessidade de se entender as práticas de saúde do homem e os conhecimentos a elas associados, remete a ciência ao mundo do cotidiano. Assim, a saúde coletiva, área de confluência de diferentes saberes relativos à saúde e à doença nos grupos sociais, organizou-se em torno de três eixos temáticos: o processo saúde-doença, as práticas de saúde e a representação social da saúde e da doença (BARATA, 1998), fenômenos tão indissociáveis quanto a vida e a morte.

Esse processo natural de viver e morrer desenvolveu no homem a noção do corpo sã e do corpo doente, e subjetividades decorrentes, como superstições, costumes, diferentes tipos de saberes e formas de enfrentar as doenças. No estudo dos determinantes do processo saúde-doença, as abordagens sociais, culturais e comportamentais ajudam a compreender vários aspectos do processo em si, e também têm implicações concretas sobre a eficácia dos procedimentos de controle e sobre a efetividade dos programas e políticas públicas de enfrentamento do problema (BARATA, 2005).

O emprego da Teoria das Representações Sociais é transdisciplinar e portanto, vem ocorrendo em vários campos de conhecimento como o da psicologia social (MOSCOVICI, 1972), da antropologia ligada à área da saúde e da sociologia voltada às questões contemporâneas do adoecer (HERZLICH, 1992; ADAM & HERZLICH, 1994; MORRIS, 1998). Pesquisas voltadas para o controle de endemias utilizando as representações sociais para aproximação do senso comum, também vêm sendo realizadas, respaldando tanto o desenvolvimento de políticas públicas quanto do processo de comunicação para estimular a

participação da população em seu controle (ROZEMBERG, 1994; LEFRÈVRE et al., 2003; LEFRÈVE et al., 2004; DOS REIS et al., 2006; LEFRÈVE et al., 2007).

As pesquisas na área da saúde e da doença envolvendo as representações sociais, em particular no campo da antropologia e da sociologia, indicam que diferentes grupos sociais experimentam concepções diversificadas relativas à etiologia das doenças, respondendo a uma lógica diferente daquela do saber médico (CARDOSO & GOMES, 2000); para interpretar os fenômenos corporais, as pessoas se apóiam em noções, símbolos e esquemas de referências interiorizadas de acordo com seus meios sociais e culturais. Em casos nos quais as doenças estão por demais presentes no imaginário coletivo, os conjuntos de sentidos constituídos possuem força específica e se impõem, principalmente, aos sujeitos por elas acometidos (ADAM & HERZLICH, 1994).

Na Idade Média, com base no conhecimento e representações da época, as epidemias de peste bubônica eram vistas como castigo divino, e para evitá-la a autoflagelação era aplicada (DONALÍSIO, 1999).

Hoje, vários são os estudos que buscam uma maior compreensão do comportamento de sujeitos considerados mais que corpos biológicos, ajudando a aproximar a ciência da subjetividade inerente ao ser humano, por exemplo, quando se estudam os fatores que levam um hanseniano a não aderir ao tratamento (CLARO, 1995; BAKIRTZIEF, 1996) ou sua forma de enfrentar a doença e seus estereótipos (QUEIROZ, 1995). Não é objetivo de nenhum estudo de representações sociais, a predição de comportamentos, é sim a busca pela evidenciação do código a partir do qual se elaboram significações ligadas às condutas individuais e coletivas (HERZLICHE, 2005)

A AIDS, por ser uma epidemia mundial, cujas causas inicialmente foram ligadas a comportamentos socialmente “reprováveis” como opções sexuais e consumo de drogas injetáveis, vem tendo, no estudo das representações sociais, resultados que auxiliam as políticas de prevenção (BASTOS, 1993; MONTEIRO, 1999; GRIMBERG, 2001). Estudos sobre *aspectos sociais, culturais e comportamentais são imprescindíveis à correta compreensão da produção e distribuição desses problemas de saúde, mas, principalmente, indispensáveis na elaboração de modelos tecnológicos de intervenção que possam efetivamente interferir com a transmissão dessas doenças* (BARATA, 2005).

O termo "representação", isoladamente, assume a definição filosófica contida nos dicionários de *"conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento"* (FERREIRA, s/ano de publicação, p:1231), que se refere à produção do conhecimento.

Jodelet (1984) em seus estudos sobre representações sociais, parte da análise do que é "representação", referindo-se à construção e re-construção mental ativa dos símbolos por um sujeito, na medida em que ele se desenvolve; descreve ainda algumas características do ato de representar que são importantes na construção das representações sociais:

- ✓ a representação é referencial, isto é, ela é sempre referência de alguém para alguma coisa; além da imagem, a representação carrega sempre um sentido simbólico ;
- ✓ é construtiva, criativa e ativa;
- ✓ é de natureza social, pois os elementos que estruturam a representação advêm de uma cultura comum, e estes elementos são aqueles da linguagem.

A representação é constituída pela capacidade de dar às coisas uma nova forma. O ato de representar é individual, mas não solitário, pois se representa aquilo que já está constituído. Segundo Sandra Jovchelovitch (1999), o sujeito constrói, na sua relação com o mundo, um novo mundo de significados. De um lado, é através de sua atividade e relação com os outros que as representações têm origem, permitindo uma mediação entre o sujeito e o mundo que ele ao mesmo tempo descobre e constrói. De outro lado, as representações permitem a existência de símbolos considerados pedaços da realidade social.

A autora ainda vai mais adiante colocando a importante relação do Eu com os Outros para a atividade simbólica, cuja essência é uma realidade compartilhada: *" É a referência do mundo que garante a natureza criativa da atividade simbólica, de tal forma que a experiência de um, ao se mesclar com a experiência de outro,s cria continuamente a experiência que constitui a realidade de todos"* (JOVCHELOVITCH, 1999).

No mundo vivido (*lebenswelt*), estão as coisas com suas propriedades, que não dependem da mente humana para existir. Mas, os nomes que se dão a elas são criações humanas, existentes apenas na mente do homem, e não na coisa em si. Nomear uma coisa significa realizar sua objetivação, que, conseqüentemente, gerará uma abstração e uma conceituação. O resultado dessa abstração representará o objeto que existirá no mundo interior

(*innenwelt*). Assim, podemos dizer que a coisa pertence ao *lebenswelt* e o objeto ao *innenwelt*. Conforme Teixeira (apud GOMES 2000), "*essa distinção entre o vivido e o imaginado nos 'define' como sujeitos produtores de palavras, sentidos e significados. Sujeitos do tempo, da cultura e da comunicação.*".

As representações sociais têm como essência o símbolo, entretanto, vão além das interpretações individuais. Nas palavras de Jodelet (1989), as representações sociais são "*uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social*".

Durkheim foi o primeiro autor a usar o termo e trabalhar o conceito de representações sociais ou coletivas, do ponto de vista sociológico, referindo-se a "*categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade*" (MINAYO, 1999). Ao estudar a lógica social (principalmente em seu estudo sobre o suicídio), o autor francês estabelece "*que o ser humano percebe, sente e pensa o mundo em que vive com base em princípios organizacionais provenientes de uma realidade que lhe é externa e independente, ou seja, a realidade social que antecede, coage e se impõe ao indivíduo*" (apud QUEIROZ, 2000).

Conforme Farr (1999) e Queiroz (2000), Durkheim fez uma distinção em suas obras (*As Regras do Método Sociológico, 1895 e O Suicídio, 1897*) entre sociologia - o estudo das representações coletivas, e psicologia - estudo das representações individuais, a qual considera as qualidades de definir, deduzir, induzir como essencialmente inatas ao indivíduo. A realidade social, dessa forma, é tratada como uma estrutura rígida que explica o indivíduo, cujo o comportamento expressa a estrutura social, e onde os fenômenos psicológicos são considerados epifenômenos.

A teoria das representações sociais, entretanto, é uma abordagem sociológica desenvolvida em 1961 por Serge Moscovici dentro da Psicologia Social. Embora influenciado por Durkheim, Moscovici propõe a superação da dicotomia indivíduo/sociedade considerando o cotidiano um meio privilegiado de compreensão do comportamento humano, de forma dinâmica, onde o indivíduo é percebido como um ator em meio a regras e papéis sociais, que faz mediações, interage com outros que são diferentes dele, e produz conhecimentos através destas relações do dia-a-dia.

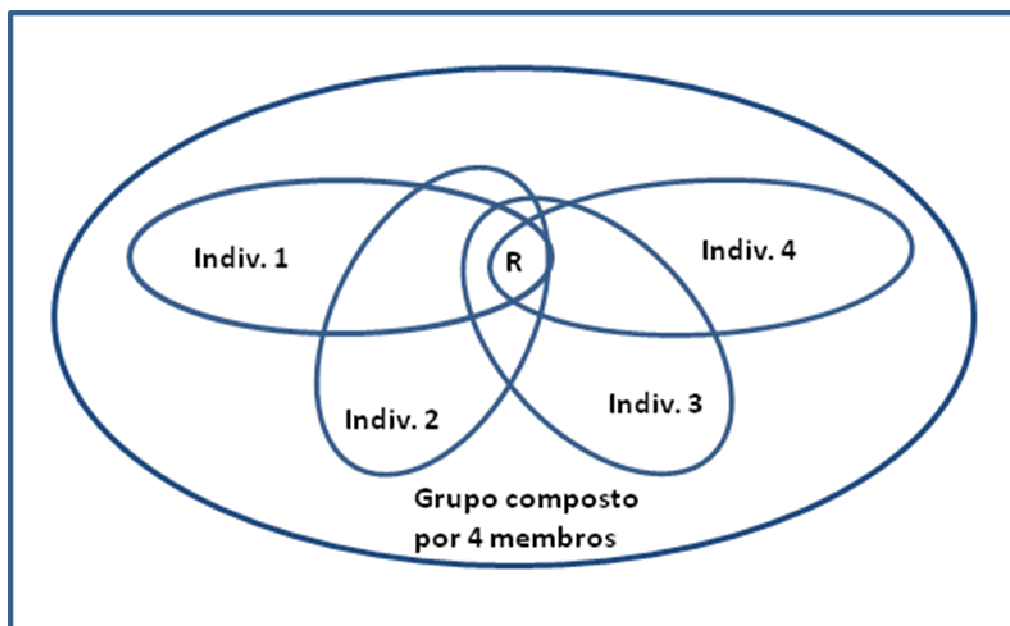
Nesse contexto, surgem as representações sociais, que são resultado da necessidade de grupos em transformar o não-familiar em algo familiar na tentativa de lidar com novos fenômenos. Em outras palavras, as representações são elaboradas a partir de um campo socialmente estruturado e são frutos de um *imprinting* social (SPINK, 1993). Mas, segundo Morin (1983), há zonas fracas nesse *imprinting*, que permitem com que haja movimento, mudança, abertura à novidade, novas formas de ancorar fatos pouco familiares (elementos estáveis e novos provenientes do discurso social).

Moscovici (1981) assinala que a noção de representação social remete a "*... um conjunto de conceitos, afirmações e explicações originadas no cotidiano, no curso de comunicações interindividuais. Elas são equivalentes, em nossa sociedade, aos mitos e sistemas de crenças das sociedades tradicionais; elas podem até mesmo ser vistas como uma versão contemporânea do senso comum*".

Ao utilizar as representações sociais como base teórica, deve-se levar em conta que elas não são mero reflexo do real, mas sua construção, não se resumindo apenas ao esforço de formulações mais ou menos coerentes de uma específica forma de saber; elas são também interpretação e questão de sentido (HERZLICH, 2005).

O uso mais freqüente em pesquisas do conceito de representação, se refere ao sistema de conhecimento de indivíduos enquanto representativos de grupos específicos, melhor dizendo, um estudo em nível individual. A representação, nesse caso, constitui-se dos elementos comuns do conhecimento que é produzido pelas pessoas na amostra (WAGNER, 1999), representados como na **Figura 3**:

Figura 3. Elementos comuns do conhecimento das pessoas formando o núcleo central da Representação⁵:



Este trabalho teve como eixo norteador a homologia estrutural de Bordieu (apud WAGNER, 1999) a qual explica que "*mesmo que indivíduos pertencentes ao mesmo grupo social possam ser bastante diferentes em termos de suas personalidades, eles se aproximam uns dos outros no que diz respeito à estrutura básica de sua experiência social comum, de seu pensamento e de sua ação. Eles são similares com respeito ao Habitus que incorporam, bem como com respeito aos padrões de linguagem e racionalização que compartilham, isto é, com respeito às suas representações sociais*".

⁵ Formalmente se leria: $R = (Rp_1, Rp_2, \dots, Rp_n)$, onde R é a respectiva representação e Rp_i são representações distribuídas entre indivíduos de um (sub)grupo mais ou menos homogêneo.

ORIGEM DA QUESTÃO PESQUISADA, JUSTIFICATIVA E PERGUNTA CONDUTORA DO ESTUDO

3.1. A Questão:

A partir da experiência no desenvolvimento de um projeto de pesquisa em Educação e Saúde voltado para o controle de dengue numa área de favela do Complexo de Favelas de Mangueiras/RJ, percebeu-se que, além de informações sobre conhecimentos relacionados à etiologia, sintomatologia, tratamento e prevenção, existia um outro discurso, diferente daquele que é reprodução das mensagens de campanhas preventivas, mas produzido localmente. Estaria marcado de significados relevantes parecendo expressar as “*vivências internas exteriorizadas*”, que, segundo Habermas (1989), compõem o mundo das representações.

Esse discurso é de fundamental importância para uma reflexão mais ampla das ações de controle e prevenção do dengue, podendo ser ponto central para o planejamento das ações de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização. Embora ainda muito pouco utilizada como ferramenta para uma aproximação ao senso comum de um grupo social, a teoria das representações sociais dá subsídios para compreender a lógica do pensamento de um grupo referente a uma doença e seu enfrentamento, percebendo os aspectos que positivos e negativos ao envolvimento de seus atores, incluindo a percepção das vulnerabilidades existentes nesse processo.

Em função da percepção da existência desse outro discurso, ficou clara então, a necessidade de se pesquisar as representações da doença visando a uma melhor e mais ampla compreensão de seu significado e de se aproximar do homem como elo importante na cadeia de transmissão. A consideração de Briceño-León (1996) explicaria a interação vírus → mosquito → homem na existência do dengue e a importância do olhar sobre ações humanas neste processo : "*de los tres factores sabemos relativamente bastante acerca del parásito o*

del vector, pero muy poco sobre el ser humano. Y es así a pesar que es el individuo que sufre la enfermedad, y quien puede ser un factor importante en su transmisión, o en su prevención y control...las personas son importantes porque es su acción o su no-acción que va a permitir la transmisión de la enfermedad o su control".⁶

3.2. Justificativa:

Após 3 epidemias marcantes no Estado do Rio de Janeiro, onde as áreas de maior concentração populacional e serviços públicos precários foram as mais atingidas, buscou-se trabalhar com uma população moradora de favela, para que, através da expressão de crenças, valores e representações fosse possível obter subsídios para uma reflexão sobre a política de controle do dengue, incluindo a elaboração de mensagens mais sensíveis e/ou atividades educativas capazes de mudar a atitude e resultar no controle de focos.

Para tanto, utilizou-se a Teoria de Representações Sociais para a apreensão dos signos referentes ao dengue construídos por um grupo morador de favela, buscando analisar as vulnerabilidades relacionadas à doença, expressas nessas construções, que podem dificultar o processo de participação na prevenção e no controle.

A pesquisa foi realizada no período intra-epidêmico de janeiro de 2003 a março de 2006, quando a população acabara de vivenciar uma epidemia de grandes proporções em 2002 e sofreu uma fase de grande incidência de casos, em 2005.

3.3. A pergunta condutora do estudo:

De que forma as representações sociais do dengue podem refletir as vulnerabilidades de um grupo morador de favela, após 3 epidemias ocorridas no RJ?

⁶ Tradução da autora: Dos três fatores, sabemos relativamente muito sobre o parasita ou o vetor, porém muito pouco sobre o ser humano. E é assim, embora seja o indivíduo aquele que sofre a doença e pode ser um fator importante para sua transmissão ou sua prevenção e controle... as pessoas são importantes porque é sua ação ou sua não-ação que vai permitir a transmissão da doença ou seu controle.

OBJETIVOS DA PESQUISA

4.1. Objetivo Geral

- ✓ Estudo das representações sociais do dengue em área de favela localizada no município do Rio de Janeiro, caracterizada por altos índices de analfabetismo e pobreza, que pretende apreender as vulnerabilidades individuais, sociais e programáticas, valorizando questões subjetivas ligadas a endemia e seu enfrentamento, para gerar subsídios que contribuam para um redirecionamento da formulação de estratégias educativas de prevenção e controle.

4.2. Objetivos Específicos

- ✓ Pesquisar o conhecimento, valores, crenças, práticas e atitudes relacionados ao dengue produzidos na localidade.
- ✓ Pesquisar a percepção da relação entre meio ambiente e a existência do vetor.
- ✓ Relacionar os significados manifestos pelo grupo com as práticas preventivas por eles desenvolvidas, refletindo sobre a ação ou a não-ação, em função das vulnerabilidades enfrentadas.
- ✓ Conhecer a opinião da população sobre a qualidade do trabalho de controle do dengue realizado pelos agentes de saúde bem como pelas informações recebidas sobre métodos de prevenção nas campanhas oficiais.
- ✓ Pesquisar se o dengue é considerado problema de saúde relevante para a população local por meio de um Levantamento de Morbidade Referida (IMR).

METODOLOGIA

5.1. Delineamento do Desenho Metodológico

Trata-se de um estudo quali-quantitativo com abordagem descritiva. Foi utilizado como instrumentos: entrevista semi-estruturadas, questionários estruturados e observação participante (triangulação de métodos) (MINAYO, 1993; PATTON, 2002). No entanto, se a relação entre quantitativo e qualitativo, entre objetividade e subjetividade não se reduz a um *continuum*, ela não pode ser pensada como oposição contraditória. Pelo contrário, é de se desejar que as relações sociais possam ser analisadas em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos” e nos aprofundarmos em seus significados mais essenciais (MARZOCHI, 1994). Assim o estudo quantitativo pode gerar questões para serem aprofundadas qualitativamente, e vice-versa (MINAYO, 1993).

A pesquisa desenvolveu-se na perspectiva de relacionar a incidência do dengue no Município do Rio de Janeiro com dados empíricos coletados em entrevistas de campo. De acordo com os objetivos propostos, buscou-se na literatura aporte teórico que permitiu dar consistência a essa investigação. Para tanto, optou-se por uma pesquisa exploratória que facilitasse o aprimoramento de idéias, assumindo formato de estudo de caso com características de pesquisa descritiva e explicativa.

A abordagem qualitativa foi privilegiada neste trabalho que busca apreender a realidade vivida (conhecimento, atitudes e práticas) e a realidade concebida (sentido atribuído à realidade vivida) em relação ao dengue, sendo o homem e suas condições de vida parte determinante do processo endêmico e epidêmico. Essa metodologia pretendeu atingir e tornar conhecidos os significados do comportamento social do ponto de vista dos indivíduos e da coletividade enquanto representação, na medida em que a ação humana é expressão de uma consciência historicamente construída.

O comportamento humano é determinado pela visão que ele tem de mundo, que se traduz em conhecimento, opiniões, experiências, crenças, valores, e outras subjetividades que não podem ser quantificadas sem que sejam reduzidas ou descaracterizadas.

Planejou-se assim, o desenvolvimento do estudo por meio de uma amostra aleatória com seleção sistemática de casas (COCHRAN, 1977; KLEIN & BLOCH, 2002). Optou-se por um desenho estatístico em lugar de se utilizar líderes naturais da comunidade para a indicação de pessoas a serem entrevistadas, considerando que o dengue é sazonal e abrangente em relação à população em risco, diferentemente de doenças caracterizadas por estigmatizações ou comportamentos socialmente marcantes, como hanseníase, AIDS, doença mental, dentre outras. A definição da amostra considerou as seguintes características acerca da comunidade em questão: 895 casas distribuídas em 13 quarteirões⁷ (**Tabela 4 e Figura 4**).

Tabela 4. Distribuição de casas por quarteirão do Parque Oswaldo Cruz

Quarteirão	Número de casas
01	07
02	20
03	13
04	90
05	85
06	18
07	47
08	120
09	30
10	44
11	90
12	81
13	250
Total	895

⁷ Essa definição foi feita originalmente pelos antigos agentes da extinta Fundação Nacional de Saúde/FNS .

quarteirões compostos por até 50 casas ; o segundo, correspondente àqueles com mais de 50 até 120 casas, e um terceiro com mais de 120 casas cada. Para determinar o tamanho da amostra (196 casas), admitiu-se a prevalência de 20% dos domicílios com criadouros potenciais para *Aedes aegypti*, com grau de confiabilidade de 95%. A amostra ficou definida conforme a **Tabela 5**.

Tabela 5. Determinação do tamanho amostral

Estratos	Quarteirões	Nr. de casas	Amostra
	01	07	
	03	13	
	06	18	
1^o Estrato	02	20	
	09	30	
	10	44	
	07	47	
Sub-Total	07	179	30
	12	81	28
2^o Estrato	05	85	28
	04	90	-
	11	90	28
	08	120	28
Sub-Total	05	466	112
3^o Estrato	13	250	54
Total/Casas		895	196

Após a estratificação dos quarteirões, foi feita uma seleção sistemática de quarteirões e casas a serem trabalhados, com o objetivo de possibilitar um maior "espalhamento" geográfico das casas de acordo com as características de cada estrato, conforme a **Tabela 6**.

Tabela 6. Seleção sistemática das casas por quarteirão, que compuseram a amostra:

Quarteirões selecionados	Amostra	Casa inicial/Seqüência ⁸
5	28 casas	Terceira/3-6-9-12-15-.....85
8*	28 casas	Terceira/3-7-12-16-20...119
9	30 casas	Todas as casas
11*	28 casas	Primeira/ 1-4-7-11...88
12	28 casas	Segunda/2-5-8-11...80
13*	54 casas	Quarta/4-9-13-18...249

5.2. Etapas da realização da pesquisa:

Todas as etapas da pesquisa foram realizadas pela autora deste trabalho, acompanhada por um técnico, antigo funcionário da Fundação Nacional de Saúde/FNS, cedido à Fiocruz gentilmente por aquela instituição, para participar desse projeto.

Conforme os objetivos da pesquisa, primeiramente foi realizado um Inquérito de Morbidade Referida (IMR) (FONSECA et al, 2000) para levantar, sob a ótica do grupo de moradores, os problemas de saúde mais relevantes, com o intuito de se conhecer a importância por eles atribuída ao problema de investigação, sondando o nível de referências espontâneas ao dengue, sem qualquer menção por parte da pesquisadora à doença de interesse.

Nas 196 casas, seguindo a amostra, foi aplicado o Inquérito de Morbidade Referida (**Ficha 1.A**), e que constou de duas perguntas: **Que doença mais lhe preocupa? Por quê?** As respostas foram registradas por escrito e classificadas posteriormente em categorias médicas ou êmicas⁹ (POSEY, 1987). O tema “dengue” só foi introduzido depois de realizado o IMR para não influenciar na resposta do entrevistado. O objetivo foi o de registrar os casos mencionados e ano de ocorrência, além de avaliar o trabalho dos agentes de saúde no controle do dengue e a importância dada pela população, aos folhetos distribuídos como parte de

⁸ Seqüências completas dos quarteirões 8, 11 e 13 estão apresentadas no Anexo I

⁹ Termo inspirado na fonêmica e na fonética, usado para designar categorias cognitivas nativas, se contrapondo às que fazem parte do corpo da estruturação do conhecimento do pesquisador (ética)

material de campanha de prevenção ao dengue (**Ficha 1.B**). Cabe informar, que os folhetos em questão foram aqueles distribuídos na campanha de 2002 e com o decorrer do trabalho, também foram incluídos aqueles distribuídos em 2005 (Anexo II). Esses dados foram registrados na mesma ficha.

Ficha 1. A - Inquérito de Morbidade Referida

Ficha nr. _____

Data: ____/____/____

Quarteirão: _____

Endereço: _____

Entrevistado: _____

Existe alguma doença que lhe preocupe? Por quê?

Ficha 1. B – Informações sobre Dengue:

Alguém da sua casa já teve dengue? _____

Quem? _____

Quando? _____

Folhetos – são reconhecidos? _____

Quais? _____

Leu? _____

Acha importante? _____

Agentes de saúde vêm na sua casa? _____

O que eles fazem ? _____

Acha importante esse serviço? _____

A segunda etapa constou de um levantamento de dados sócio econômicos (**Ficha 2**), como idade, renda familiar, atividade ocupacional e nível de escolaridade do entrevistado, acompanhado de um registro dos tipos de reservatórios intra domiciliares existentes para reprodução do *A. aegypti* (**Ficha 3**). Esses dados trouxeram uma contribuição relevante para o trabalho, já que juntamente com a aplicação das entrevistas, pode-se avaliar discurso preventivo produzido pelos moradores e as atitudes relativas aos reservatórios intra-domiciliares .

Ficha 2. Dados Sócio-Econômicos

Ficha nr. _____

Data: ____/____/____

Quarteirão: _____

Endereço: _____

Entrevistado (a): _____

Posição familiar : _____

Idade: _____ **Sexo:** _____

Nível de Escolaridade: _____

Trabalho Remunerado: () SIM () NÃO

Atividade Desenvolvida: _____

Local de Trabalho (Bairro): _____

Número de Pessoas que moram no domicílio: _____

Composição Familiar: _____

Renda Familiar aproximada (SM): _____

Ficha 3 : Ficha de Dados Entomológicos

Data: ___/___/_____

Quarteirão: _____

Endereço : _____

Tipos de reservatórios suscetíveis à procriação de *Aedes aegypti*

Descrição do reservatório	Quantidade aproximada	Situação quanto a existência de larvas (Pos/Neg)

A terceira e última etapa foi o estudo das representações sociais. A entrevista foi o instrumento de pesquisa utilizado para a “descobrir coisas que não podemos observar diretamente” (PATTON, 2002). Segundo Patton, “*the purpose of interviewing is to allow us to enter into the other person’s perspective. Qualitative interviewing begins with the assumption that the perspective of others is meaningful, knowable and able to be made explicit*”¹⁰ (p.341). Essa técnica não só permite a apreensão dos significados atribuídos a uma doença fortemente determinada por fatores sociais, como é um instrumento que prioriza o que há de mais importante no estudo das representações sociais: a linguagem expressa através da fala, expressões e gestos do sujeito social, além de permitir uma interatividade entre entrevistador e entrevistado.

Por privilegiar a profundidade do discurso dos sujeitos, a entrevista foi realizada em apenas 20% das 196 residências, perfazendo o total de 39 (a cada 5 casas visitadas para o inquérito, a última foi entrevistada).

¹⁰ Tradução da autora: “ *O propósito da entrevista é de nos permitir entrar na perspectiva do outro. Entrevista qualitativa começa com a pressuposição de que a perspectiva do outro é significativa, possível de ser conhecida e explicitada*”

As entrevistas foram realizadas individualmente, seguindo um roteiro (**Ficha 4**) elaborado para orientar as conversas, sem que com isso, restringisse o desenvolvimento de outros temas relacionados (MINAYO, 1994; PATTON, 2002). Foram gravadas em fitas com a concordância do entrevistado, abordando temas: etiologia, sintomatologia, tratamento, prevenção, questões ambientais relacionadas a procriação do vetor, e trabalho de controle dos agentes de saúde na área, e transcritas tão logo acabasse o trabalho do dia, para que todas as observações e comentários pudessem ser registrados como parte do material de análise. O interesse foi de permitir que o entrevistado relatasse sua experiência com o dengue nas epidemias passadas. A transcrição das fitas também foram feitas pela autora do trabalho.

Ficha 4. Roteiro de entrevista para análise das representações sociais do dengue

Etiologia e Transmissão da Dengue

1. O que é dengue?
2. Como se pega dengue?

Diagnóstico e Tratamento

1. Como você descobriu o caso de dengue (caso tenha havido algum)?
2. Qual a melhor forma de se tratar o dengue?

Prevenção

1. O que você faz para evitar a dengue?
2. E na comunidade, o que poderia ser feito para evitar a dengue?
3. O que você acha do trabalho dos agentes de saúde na prevenção da dengue?

Conhecimento sobre a doença

3. Você já viu o mosquito? (caso o vetor tenha sido citado) Como ele é?
4. Em que hora/ ou quando você mais costuma perceber sua presença?
5. A pessoa que teve dengue uma vez pode ter novamente?
6. Você sabe o que é dengue hemorrágica?
7. De onde você tem informação sobre dengue?

Sintomatologia

1. Você ou alguém da sua casa já teve dengue?
2. O que sente a pessoa com essa doença?
3. O que sente uma pessoa com dengue hemorrágica?

Os problemas de saúde apontados como relevantes para a população entrevistada no IMR foram analisados, categorizados e posteriormente relacionados segundo a frequência de citação. Os dados sócio-econômicos, e o número e tipos de reservatórios foram apresentados graficamente para contextualizar essas categorias tão relevantes ao estudo.

As entrevistas foram analisadas dentro dos cinco temas básicos constantes do roteiro (etiologia e transmissão; diagnóstico e tratamento; prevenção; conhecimento sobre a doença e sintomatologia)., buscando apreender nos depoimentos as idéias centrais da comunidade em relação aos temas propostos através dos processos de: **ancoragem**, a definição da **idéia central de cada tema**, as **expressões-chave** e a **representação** correspondente. O processo de análise seguiu as etapas descritas por Minayo (1994):

- Ordenação das informações (tanto as entrevistas como material de observação);
- Classificação dos dados relevantes e idéias centrais;
- Ancoragem dos dados nos temas e sub-temas e organização em torno de categorias centrais
- Interpretação (sempre inacabada), articulando o teórico e o empírico.

5.3. Descrição da Área de estudo

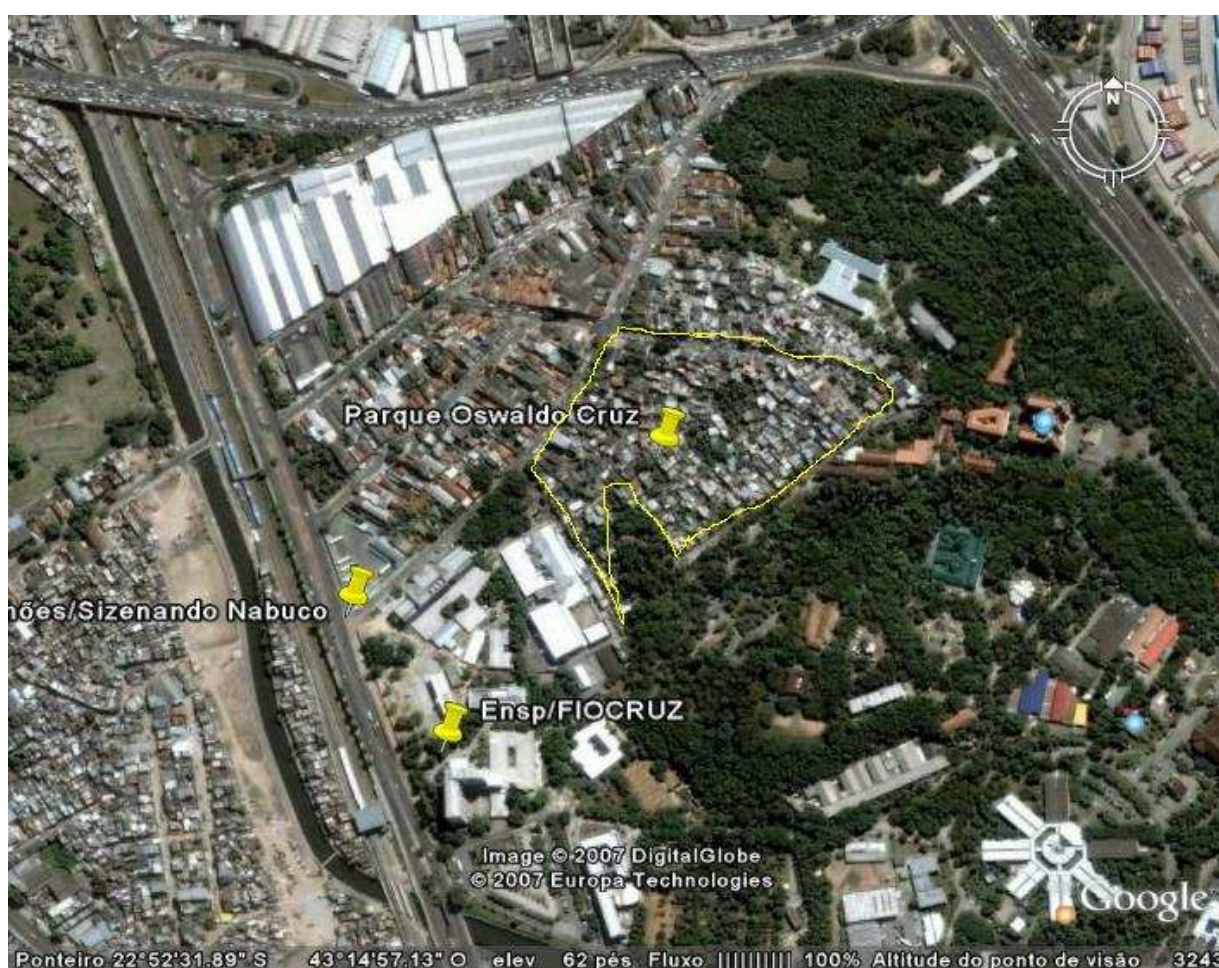
A área de estudo – o Parque Oswaldo Cruz –, pertence ao Complexo de Favelas de Manguinhos, localizado na X Região Administrativa do Município do Rio de Janeiro, a qual é marcada por grandes desigualdades sociais, traduzidas em indicadores como taxa de analfabetismo de 13,6%, índice de pobreza de 23,8% (proporção de chefes de domicílio com rendimento mensal menor do que um salário) e densidade de população favelada de 70,9 hab/ha - a maior do Município (SZWARCWALD et al., 1999).

A escolha dessa área para a realização do estudo foi inicialmente baseada em dois critérios básicos: a existência do *A. aegypti* e casos de dengue em seu interior, e a ausência do tráfico de drogas, permitindo acesso e permanência à equipe de pesquisa.

Foi realizado um registro geográfico da área, com a colaboração de 4 agentes de saúde da Fundação Nacional de Saúde/FUNASA e equipe técnica do Departamento de Ciências Biológicas da Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ, registrando-se 895 casas, 24 estabelecimentos comerciais, 11 instituições religiosas (1 católica, 2 espíritas e 9 protestantes) e aproximadamente 3.000 habitantes.

O Parque Oswaldo Cruz é composto de duas áreas distintas: uma sem características de favelização, com casas construídas obedecendo uma lógica de planejamento urbano, localizada no lado oposto à FIOCRUZ; a outra - nossa área de estudo, margeia essa Instituição, e consiste em uma favela composta de casas de alvenaria em sua maioria e um comércio local, distribuídos por 33 ruas. As principais vias de acesso a esse núcleo são as ruas Sizenando Nabuco, Rosa da Fonseca e Estrada de Manguinhos (**Figura 5**).

Figura 5. Área do Parque Oswaldo Cruz



Em relação à infraestrutura sanitária, cabe ressaltar que existem coletores de lixo (lixeiros) colocados pela Companhia de Limpeza Urbana - Comlurb (coleta de lixo indireta) nas três ruas principais; a área conta também com garis comunitários para a coleta de lixo nas demais ruas. Mesmo com a existência desse serviço, é possível verificar em locais mais afastados das ruas principais, o acúmulo permanente de lixo. Não existem áreas de lazer e,

apesar de haver duas escolas próximas – uma estadual e outra municipal, a maioria das crianças dessa comunidade estudam em outro bairro, por causa dos constantes conflitos entre quadrilhas que disputam o monopólio do tráfico de drogas na região, atingindo constantemente as escolas com tiros. Em relação a serviços de saúde, o posto de saúde da Fiocruz (Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria da Escola Nacional de Saúde Pública) é o local de atendimento mais próximo, entretanto, para serviços de emergência e internações, o mais próximo é o Hospital Geral de Bonsucesso.

RESULTADOS

O dengue apresenta-se como uma doença re-emergente e endêmico-epidêmica, oferecendo riscos imediatos à população urbana, sobretudo pela urbanização acentuada do vetor, pelo aumento da densidade populacional, e pela situação sócio-econômica que está vinculada à expectativa de vida.

A apreciação do ambiente urbano tem sido uma preocupação crescente de muitos pesquisadores, não apenas pela sua complexidade de relações, mas também porque é nas cidades que se concentra um número cada vez maior de pessoas e, muitas vezes, de forma anárquica, o que tem ocasionado uma degradação ambiental e comprometendo a qualidade de vida da população.

A heterogeneidade, a desigualdade e a fragmentação, marcas do tecido urbano brasileiro, se expressam também nas precárias condições de saúde e nos processos de adoecimento, bem como nas dificuldades e diferenças no acesso e consumo dos serviços de saúde. Superpopulação, pobreza, desemprego, exclusão, violência e criminalidade configuram um espectro ampliado de problemas de saúde, que desafiam os gestores e impõem a reflexão na busca de novas soluções.

Neste cenário urbano, vários agravos se instalam como reflexo da sua precariedade, e o dengue é um deles. Sendo o homem e suas condições de vida parte determinante do processo de endemicidade em geral, o comportamento humano, que é determinado pela visão que ele tem de mundo, precisa ser estudado e incorporado como componente dos programas de controle.

A partir de um projeto de pesquisa desenvolvido sob a coordenação da autora deste trabalho, no Parque Oswaldo Cruz em 1999, objetivando verificar a situação do dengue no local, percebeu-se a existência de um conhecimento sobre dengue que ia além da reprodução do discurso divulgado pelas campanhas de prevenção, produzidas sazonalmente. Os primeiros

dados foram publicados no artigo “**Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais**” (Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 16 (3):851-856, jul-set, 2000) (Anexo III)

A metodologia utilizada nesse trabalho a para a aplicação do instrumento de pesquisa, foi baseada em um modelo de amostragem aleatório simples, com seleção sistemática de casas. Para determinar o tamanho da amostra, torna-se necessário o conhecimento da variância da população ou uma estimativa da mesma. O fato de não existirem esses dados para fazer uma estimativa de variância e a falta de recursos disponíveis que possibilitasse uma pesquisa piloto, fez com que fosse necessário estabelecer uma hipótese sob a proporção de domicílios com criadouros potenciais para *Aedes aegypti* . Essa hipótese, baseada em observações realizadas em trabalho de exploração de campo, foi de que a proporção de domicílios com criadouros girava em torno de 30%. O erro estimativo foi fixado em 10%, com nível de confiabilidade de 95% A amostra obtida foi de 165, com intervalo amostral de 5 casas. Seguindo essa abordagem, a cada 5 casas foi aplicado o inquérito.

O grau de escolaridade predominante é o primeiro grau incompleto (45,96%), considerado como semi-analfabetismo em muitos casos; 7,96% dos adultos são analfabetos (a maioria acima de 50 anos e mulheres, coincidindo com dados do Censo de 2000 realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística sobre o Município do Rio de Janeiro), dados relevantes quando se trata de ações de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização, no controle de uma endemia.

Em relação à faixa etária, a maior parte da população local (60%) se encontra entre os 20 e 69 anos. A distribuição por sexo é 52% de mulheres e 48% de homens.

Segundo os moradores o abastecimento de água é satisfatório, no entanto, no verão o fornecimento diminui e em alguns locais chega a faltar. O mesmo não se pode dizer em relação ao sistema de esgotamento sanitário que não foi redimensionado para acompanhar o crescimento da área, dando origem a diversas valas negras . Os problemas de lixo, abastecimento de água e esgotamento sanitário traduzem nessa e em todas as outras favelas do Rio de Janeiro, uma evidente questão de vulnerabilidade programática.

Quanto ao acometimento de dengue no período de 1986 a 1997, a proporção de casos mencionados (117) na população estudada (n=655) foi de 18%. Houve menção de casos em todos os anos, entretanto, a maior frequência de citação se deu nos períodos epidêmicos de 1986/87 (14 casos) e 1995/96 (41 casos). Apenas 12 entrevistados não souberam precisar o ano de ocorrência. Em relação ao sexo, as mulheres foram mais atingidas que os homens (11% e 7%, respectivamente), segundo os relatos. Com relação à faixa etária, a ocorrência foi maior entre o grupo de 15 a 59 anos (14%), seguidos por aqueles entre 0 a 14 anos (3%). O grupo acima de 60 anos foi o menos atingido (1%).

A despeito do viés de memória e da necessidade de conhecimento sobre a sintomatologia da doença, essa informação é importante na medida que fornece uma primeira impressão do impacto da doença na área. Teixeira e colaboradores (2001) validaram a informação referida sobre acometimento de dengue em áreas sentinelas de Salvador/Bahia, através do exame sorológico de Inibição de Hemaglutinação utilizado em todos aqueles que responderam positivamente, obtendo elevado valor preditivo positivo (79,1%).

Em relação a densidade do *A. aegypti* na localidade, que contribui para o estudo sobre o risco de transmissão do dengue, foram realizados levantamentos entomológicos trimestrais e cálculo dos índices de Infestação Predial/IFP (proporção de casas positivas por total de inspecionadas), e de Breteau/IB (proporção de recipientes com larvas por domicílios inspecionados). Estes índices têm relevância epidemiológica quando for $> 1\%$ e $> 5\%$, respectivamente. O trabalho foi realizado no período correspondente a março de 1998 a junho de 1999, perfazendo o total de 6 levantamentos, por uma equipe de pesquisadores e técnicos da Fundação Oswaldo Cruz.

Foram inspecionadas 368 casas distribuídas por 13 bairros, seguindo uma ordem de visitas de uma casa em cada três. Essa ordem não foi sistematicamente aplicada, pois foram incluídas 72 unidades prediais que se mostraram relevantes ao estudo, por se tratarem de locais que apresentavam risco elevado para o bairro, como oficinas, ferro-velho, e casas com quintais de grande metragem, que poderiam ter acúmulo de recipientes com água.

Os resultados obtidos foram:¹¹

Tabela 6: Índice de Infestação Predial e de Bretau no Parque Oswaldo Cruz, no período de março de 1998 a junho de 1999

	I.F.P. Médio	I.B. Médio
Março/98	9,45	17,91
Junho/98	8,23	7,80
Setembro/98	6,48	6,70
Dezembro/98	2,94	3,86
Março/99	1,54	1,96
Junho/99	0,42	0,62

A distribuição espacial do vetor não é homogênea, variando a cada quarteirão de acordo com a existência de casas com grandes quintais, varandas (loais onde mais se encontra pratos e vasos de plantas com água), e tipo de lojas comerciais existentes.

6.1. A necessidade de ouvir e observar para melhor entender as “invisibilidades”

Essas experiências junto ao grupo de moradores deixaram claro o pouco entendimento que se tem do tipo de saber que, em parte, orienta as ações em relação ao dengue, que são matéria prima na elaboração de estratégias educacionais e informativas.

Pôde-se observar durante o trabalho inicial que, apesar do discurso oficial sobre dengue ser conhecido e reproduzido pela maioria dos entrevistados, existe um outro discurso que revela práticas locais relacionadas diretamente à doença tais como: ferver água, usar inseticida, evitar contato com a pessoa doente e manter a casa limpa, que aponta a existência de um saber próprio, marcado por significados, relevantes para essa pesquisa.

¹¹ A medida que a equipe de trabalho fazia a inspeção, mostrava aos moradores a situação dos reservatórios e explicava como a reprodução do vetor se dava. Como o trabalho de inspeção era regular, a população local passou a estar mais atenta em relação a questão do acúmulo de água, fazendo o índice baixar sensivelmente.

O foco do trabalho passou então a ser orientado pela investigação das representações sobre dengue no local, objeto dessa tese, para poder, a partir daí, colaborar mais concretamente nas discussões sobre políticas de controle, principalmente nas ações de Comunicação, Educação em Saúde e Mobilização Social.

Considerou-se então, a importância de se analisar primeiramente os materiais informativos veiculados como parte da estratégia de Informação, Educação e Comunicação (IEC – nomenclatura usada na época) do governo durante a epidemia de 2002 e discutir seu conteúdo, *tendo a população como referência*. Essas informações constituem parte da realidade vivida por ela durante uma epidemia e têm como objetivo atingi-la como um todo e orientá-la no controle do dengue. Este estudo deu origem ao artigo “**Prevenção da dengue: a informação em foco**” (Rev. Soc. Bras. Med. Trop. v.37 n.4, p.343-350 jul./ago. 2004) (Anexo III)

A análise dos materiais informativos, elaborados na forma de folhetos, propagandas para TV e cartazes distribuídos em *out-doors*, mostra que as mensagens se repetem, centradas nos cuidados com os reservatórios. Os materiais não divulgam nenhuma informação sobre a Febre Hemorrágica do Dengue e seus sintomas, alertando a população quanto ao perigo desta manifestação grave da doença, concluindo-se que esses materiais pouco orientam a população e pouco contribuem para o *empowerment* da mesma.

As “invisibilidades” aqui mencionadas se referem a um conjunto de questões não abordadas ou mal abordadas no que concerne o tema “prevenção e controle do dengue” e a participação da população nessas ações. Esta participação, sempre aclamada nos momentos críticos quando os índices de infestação do vetor se apresenta elevado, é também alvo de constantes críticas por não ser efetiva.

Apesar de altos investimentos nas campanhas públicas, o investimento no componente de Mobilização Social é inversamente proporcional a responsabilidade imputada à população em prol dessa mobilização em momentos de crise. Mas entre os apelos das campanhas e o efetivo envolvimento nas ações de combate, existem fatores pouco ou nada explorados, que em alguns momentos, podem ser considerados bloqueadores do agir, e que merecem análises e reflexões para serem transpostos.

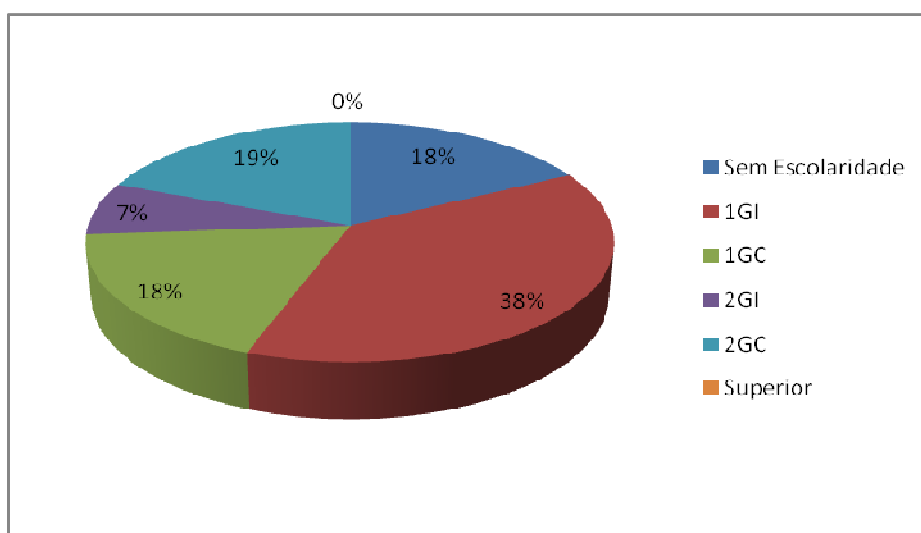
6.2. Pensando as “invisibilidades”

O estudo sobre as representações do dengue para melhor compreensão da realidade vivida naquele local vislumbrou questões importantes a serem consideradas ao se discutir controle e prevenção: as vulnerabilidades existentes que atuam como elementos ora bloqueadores, ora complicadores da participação efetiva. Essas vulnerabilidades podem ser consideradas, junto com as representações, critérios invisíveis, já que não são levados em conta por aqueles que buscam a participação da população no controle de qualquer epidemia.

Este estudo, com início em março de 2003, teve como amostra o total de 130 casas efetivamente visitadas e inspecionadas, e 27 entrevistas realizadas. A amostra menor que a originalmente prevista deveu-se a pendências (casas fechadas) ou casas de aluguel vazias na ocasião da visita.

Alguns dados sobre o perfil sócio-econômico da população foram reafirmados, quando comparados ao estudo realizado no ano de 1999 (LENZI et al, 2000). O grau de escolaridade entre os adultos é bem baixo, já que 59 dos 130 respondentes (56%) não têm escolaridade ou têm apenas as primeiras séries do primeiro grau (1^o grau incompleto) caracterizado por um semi-analfabetismo. Dentre os analfabetos, predominam as mulheres acima de 55 anos, conforme mostrado no **Gráfico 1**:

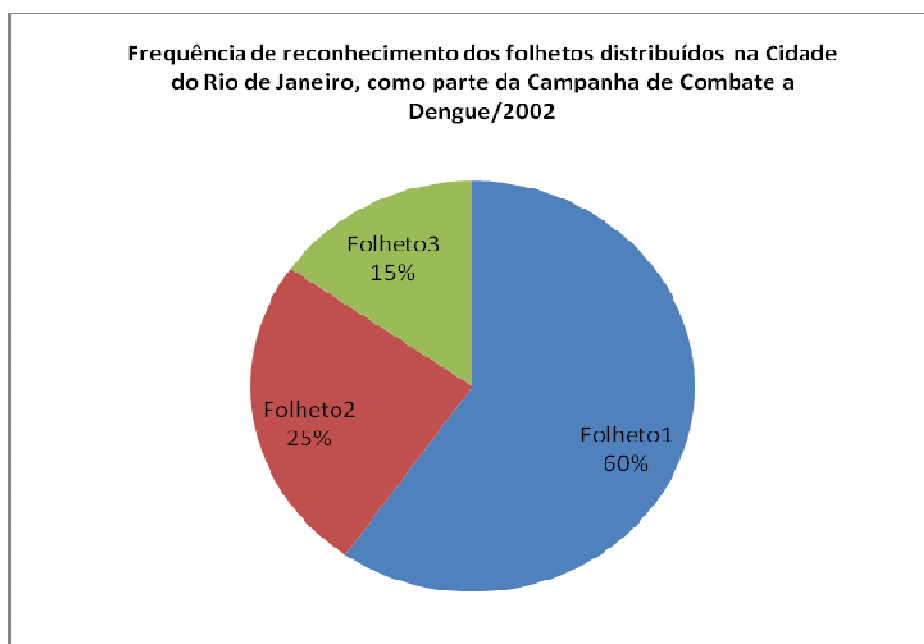
Gráfico 1 - Nível de escolaridade entre os moradores adultos - Parque Oswaldo Cruz (n= 130)



Quanto a renda familiar, predomina a faixa de 1 a 3 salários mínimos (64%), com 07 entrevistados sem renda (6,5%) na época do inquérito. O número médio de habitantes por domicílio é de 4 pessoas (66%).

Os três folhetos que fizeram parte da estratégia de IEC do governo em 2002 e analisados no artigo *Prevenção da dengue: informação em foco* (LENZI & COURA, 2004), foram reconhecidos por 51% dos participantes, embora 23% deles disseram não ter lido. O folheto mais reconhecido foi o “Dia D 9 de março. O dia do Rio contra a dengue. Participe” (folheto 1), como mostra o Gráfico 2:

Gráfico 2: Frequência de reconhecimento de folhetos distribuídos no Rio de Janeiro, em 2002:

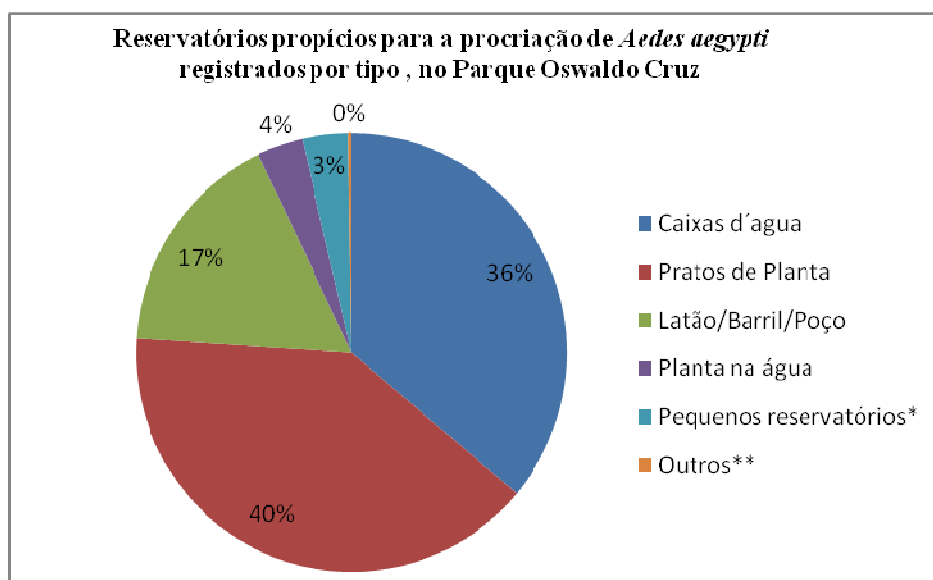


A maioria dos participantes mencionou que os folhetos têm importância no conjunto das ações de prevenção, entretanto a TV foi o meio de comunicação preferencial para receber informações, já que a captação da mensagem não depende de leitura. A falta de tempo foi a razão mais citada para justificar o desinteresse pelos folhetos, e a dificuldade de ler devido a pouca ou nenhuma instrução, foi uma outra razão que embora não citada, foi percebida.

Os folhetos distribuídos na campanha de 2005 foram muito pouco reconhecidos pelos moradores do Parque Oswaldo Cruz, muito provavelmente devido a uma divulgação em menor escala do que a que ocorreu na campanha anterior (2002).

Em relação aos reservatórios existentes na área de estudo que podem servir à reprodução do vetor, foram observados dois tipos de criadouros predominantes na região: as caixas d'água mal tampadas (n=137), e os pratos de planta (n= 152) além de *containers* para reserva de água, como latão, barril e tanque (n= 64), como demonstrado no **Gráfico 3**:

Gráfico 3: Reservatórios propícios para a procriação de *Aedes aegypti* registrados por tipo, no Parque Oswaldo Cruz:



++As caixas d'água registradas foram as que não estavam devidamente tampadas

* Balde ,pneu , copo, bromélia , garrafas

** Piscina plástica

Os pratos de plantas já eram o tipo de reservatório que predominava na região, conforme visto na primeira pesquisa (LENZI et al., 2000), à época seguido de plantas na água, muito pouco encontradas nas casas visitadas no estudo presente. Apesar das campanhas alertando para o perigo dos pratos de planta com acúmulo de água, ainda é comum e freqüente a existência dos mesmos no local. A colocação de areia para evitar o acúmulo de água não foi observada em nenhuma residência.

Vale alertar no entanto que, apesar das caixas d'água serem o segundo reservatório mais observado, ele é o de maior importância epidemiológica no controle da dengue, tendo em vista a quantidade de água que ele pode armazenar .

Em relação aos casos de dengue ocorridos nesta área, foram mencionados 141 casos (32%) numa população de 434 moradores distribuídos nas 130 casas da amostra, sendo 4 casos de dengue hemorrágico, todos ocorridos no ano de 2002. Nem sempre os anos de ocorrência dos 141 casos foram lembrados, inviabilizando assim a distribuição destes por ano e faixa etária.

6.2.1. As Representações Sociais do Dengue

As representações foram analisadas e apresentadas seguindo a ordem dos temas apresentados no roteiro de entrevista.

Tema 1 – Etiologia e transmissão do dengue :

A maioria dos entrevistados (98%) ao serem perguntados “*o que é dengue?*” associaram a doença ao mosquito e a sua picada, entretanto, a existência do vírus é totalmente ignorada. Poucos mencionaram a água como lugar de reprodução do vetor. A água é um elemento que pertence ao senso comum devido às mensagens repetidas para se evitar água parada, entretanto, não é uma informação decodificada e ancorada por esse grupo.

A despeito da relação da doença com o mosquito, parte dos entrevistados consideram a dengue sendo o próprio vetor:

“Que eu saiba, é um mosquito transmissor que transmite a doença” (Entrevista n^o 7, Z., mulher, 45a, 2GI)

“ Dengue para mim é um mosquito que traz bastante transtorno pra gente... é um mosquito que me apavora é a dengue!” (Entrevista n^o 9, E., mulher, 51^a, IGI)

Outros consideram o dengue uma doença transmitida por um mosquito:

“Dengue é uma doença que os mosquitos ficam alojados, né, dentro das coisas e mordem as pessoas e as pessoas, através disso, pegam a doença” (Entrevista n^o 19, A.P., mulher, 28a, IGI)

“É uma doença que se não tratar dá até caso de morte, né?” (Entrevista n^o 8, E., mulher, 53a, cursando a 3^a série do 1G)

Tema 2 - Diagnóstico e tratamento :

Esse tema foi abordado na entrevista com o intuito de verificar principalmente a questão da automedicação. Constatou-se que 37% das pessoas que tiveram casos de dengue em seus domicílios buscaram diagnóstico médico, porém 29% não foram por reconhecerem os sintomas e tratamento. Mesmo com o aumento de casos de dengue hemorrágica, as pessoas consideram o tratamento do dengue um procedimento padrão, citando ser necessário repouso, muito líquido e Tylenol, justificando por isso, nem sempre procurar atendimento médico.

“Quando foi comigo, meu marido e meu filho, era porque todo mundo já tava falando dessa doença aqui, e era tudo idêntico aos sintomas, né? Dali eu já tirei a conclusão (que era dengue)” (Entrevista n^o 14, M.G., 45a, mulher, 1GI)

- 41% dos participantes disseram ter tratado a dengue com Tylenol, mesmo aqueles que não foram ao médico, apontando para a popularização do remédio.

“Eu tomava Tylenol, porque teve uma amiga minha que teve junto comigo, aí ela tinha ido ao médico, entendeu? Aí eu falei: ah, eu não vou porque já sei o que é mesmo, aí ela foi (ao médico) e falou: ó, ele passou isso e isso, porque só pode tomar esse remédio. Eu acho que era de 4 em 4 horas que eu tomava” (Entrevista n^o 13, 28a, mulher, 2GC)

Tema 3 – Prevenção:

Ao serem perguntados sobre “*o quê se deveria fazer para evitar dengue*”, as idéias centrais são a de evitar água parada e manter o ambiente domiciliar limpo.

“ Não deixar plantinha com água, pneu, alguma cuia, algum vaso que tiver, fala muito pra gente se precaver sobre isso” (Entrevista nº 4, M.A., 58a, homem, sem escolaridade)

“Limpar, não deixar água parada de qualquer maneira.. se eu tivesse minha caixa (d’água), eu ia limpar ela. Eu vivo na limpeza. Desinfetante é bom porque o CHEIRO incomoda eles” (Entrevista nº 6, R., mulher, 38 anos, 1GI)

“Evitar vasos, pneus com água, inclusive eu tenho pneu guardado em casa pra recauchutar mas de vez em quando eu ponho uma criolinazinha lá dentro” (Entrevista nº 10, C., homem, 43a, 1GC)

“Acho que é limpeza. Fazer sempre o que mandam na televisão, olhar as caixas d’água, evitar ter planta com água...” (Entrevista nº 13, C., mulher, 28 anos, 2GC)

A representação da limpeza da casa no combate ao mosquito do dengue foi a mais fortemente apreendida, em contraposição com a sujeira do entorno, merecendo uma atenção especial para ser bem contextualizada e compreendida.

A higienização é expressa de várias formas (ter higiene, cuidar da casa, usar desinfetante, ferver água, cuidar do lixo) como sendo importante para a saúde. Zelar pela limpeza talvez seja tanto questão de desvincular a pobreza da sujeira, quanto uma forma de prevenir doenças, dentre elas, o dengue.

A vinculação da pobreza com a sujeira se deu socialmente no século XIX. Através da história, a higienização começou a ter importância devido a teoria dos miasmas, que relevava o combate ao pútrido, aos odores e aos dejetos (HANNAWAY, 1993). O asseio corporal era orientado pelos médicos somente em lugares destinados aos excluídos e à ralé, como prisões,

hospitais, asilos, hospícios e navios. Com a influência burguesa, a limpeza física ao poucos se associou à limpeza moral, e a partir daí, os pobres foram sendo ligados às transmissões de epidemias, portadores de morbidez, e assim, confinados em territórios afastados do centro urbano (RODRIGUES, 1995).

Assim, a marginalidade enquanto termo relacional ao que seria "central", toma forma e se concretiza como uma das representações sociais da pobreza. Segundo Kovarick (*apud* ESCOREL, 1999), "*o termo, a noção e o conceito de marginalidade foram utilizados para designar um conjunto amplo de situações sociais relacionadas com a pobreza urbana: a localização na favela; os estratos inferiores na escala econômico-ocupacional; (...) . Marginalidade acabou por abranger todo e qualquer fenômeno que redundasse, em última análise, em uma forma de exclusão dos benefícios¹² inerentes à sociedade urbano-industrial*".

No Brasil, a marginalidade urbana apareceu como problema prático após a Segunda Guerra Mundial, como sinônimo de precariedade habitacional (ESCOREL, 1999). Nos anos 50, a favela era o maior símbolo de marginalidade e, até hoje, assim é vista por aqueles que "são de fora".

Por outro lado, esses fatos históricos estão imbricados na cultura da favela, pois não é raro notar o hábito de higienização e o combate aos odores na manutenção da casa, com o uso constante (e abundante) de produtos como o cloro ("*para desinfetar*", como é explicado por algumas donas de casa), talvez para combater esse estigma imposto pelo tempo e afastar a ameaça à saúde da família trazida pela falta de serviços públicos eficientes.

O processo de higienização e desodorização, pode ser visto como uma demarcação do limite entre a casa - esfera particular e central à família, e a rua - de domínio público, periférica e que, geralmente, no caso de favelas, é cheia de fezes de cachorros, valas negras, ratos e outros seres "sujos".

Essas categorias sociológicas são bem exploradas por DaMatta (1991) sob vários aspectos. Monteiro (1999) também trabalha essas relações ao estudar a representação da

¹² Grifo da autora.

AIDS em uma favela carioca, tendo a casa (e suas relações entre vizinhos, parentes e amigos) como um lugar de proteção em relação à rua (lugar externo, sob risco).

Essa visão dialética se reflete no comportamento desse grupo em relação ao controle de focos de procriação do *Aedes*, de várias maneiras.

Nota-se vários hábitos orientados por uma lógica própria, por exemplo, no tocante ao que é lixo, ao que é sujo ou ao que é limpo. Ao lixo são atribuídos valores diferenciados, sentimentos contrastantes, dependendo daquele que o classifica. Para muitos, é designado lixo aquilo que é inútil e por vezes ameaçador, para outros (catadores de lixo, por exemplo), é fonte de renda, material reciclável.

Por esse motivo, é comum em favelas encontrar quintais que possuam "quinquilharias" que podem se tornar úteis a qualquer momento, e que são potenciais focos de mosquito tão combatidos pelos agentes de saúde, que aconselham constantemente ao morador eliminá-los (sem sucesso....).

Outro aspecto relevante foi observar uma aparente incompatibilização da limpeza com a existência de mosquitos, vinculados, na maioria das vezes, a ambientes sujos ou descuidados. A casa limpa é um constante argumento utilizado na área de estudo pelas donas de casa, para dizer que "*aqui não tem dengue não*", fato que pode influenciar no comportamento relativo a potenciais criadouros de *A. aegypti* no domicílio.

Ao sair do ambiente domiciliar e passar para o ambiente externo através da pergunta "***o quê poderia ser feito para evitar o dengue na comunidade***", as idéias centrais mudam da limpeza para a sujeira (acúmulo de lixo em pontos críticos e vizinhos pouco participativos). Revela-se aí a crença que o vetor tem uma relação maior com ambientes insalubres existentes ao redor das casas do que com o ambiente bem cuidado em seu interior, demonstrando também que existe uma percepção da relação entre meio ambiente e densidade vetorial, mesmo que erroneamente vinculada ao lixo no caso do dengue, mas acertada em relação ao aumento do risco de adoecer.

A associação do vetor ao lixo já foi relatada em um outro trabalho sobre Representações Sociais do Dengue no Município de São Sebastião, no Litoral Norte de São Paulo, de autoria de Lefrève e colaboradores (2007).

“Aqui como favela, é um pouquinho mais equilibrada (menos suja), mas tem lugares aí que Deus me perdoe, mete nojo entrar... por exemplo, aquela água ‘ao vivo` (vala negra) aqui graças a Deus não tem isso!!” (trecho da entrevista onde o morador se refere à vala negra por acreditar que *água podre dá epidemia (sic)*) - Entrevista n^o 12, V., 77a, homem, sem escolaridade)”

Uma preocupação muito observada, e bem representada nas entrevistas foi a falta de cuidado e/ou higiene de certos “vizinhos”, ou a existência de pontos críticos dentro da comunidade, deixando claro que se um não tomar cuidado em não deixar água parada ou lixo acumulado, todos se prejudicam. A Fundação Oswaldo Cruz, vizinha à comunidade, também é responsabilizada pela existência de condições propícias à procriação do vetor e ameaça aos moradores do P.O.C. , conforme pode ser observado nos depoimentos:

“... tem um terreno abandonado, abandonado não né....ali embaixo, que eles fazem de lixeira. Tem caçamba mas o pessoal é porco, chegam ali e ´vupt, não quer nem saber onde vai cair” (Mencionando que fica então, um ambiente propício para a reprodução do mosquito) (Entrevista n^o 13, C., 28a, mulher, 2GC)

Uma moradora e sua mãe apontam o problema da vizinhança com a Fiocruz, e ao mesmo tempo, reforçam a crença que o mosquito não só se reproduz em água parada :

“Ah, lixo nem tanto, porque agora tem o pessoal – os garis comunitários que limpam, antigamente era muito mais. Tinha uma vala ali, que o pessoal fechou, mas era aberta. Tem muito mato... (a mãe entra na fala:) Por causa desse mato aí da Fiocruz aparece mosquito da dengue aqui em casa... eu acredito que eles (os mosquitos) vêm daí da Fundação que tem sempre água parada ali, porque tem um cano de água que o pessoal lava roupa e aí fica sempre cheio de água ali.” (Entrevista n^o 16, F., 28a, mulher, 2GI)

“Aqui na Fundação mesmo, quando teve essa epidemia da dengue, a Fundação era a primeira que tinha que ser limpa. Tem uma laje que choveu o tempo todo que a água ficou parada. Eu liguei daqui de casa para avisar pra eles limparem”
(Entrevista nº 6, R., mulher, 38 anos, 1GI)

“....aqui tem muita árvore da Fundação...” (Entrevista nº 16, F, 28a, mulher, 2GI)

O trabalho dos agentes de saúde foi outro sub-tema ligado à prevenção abordado na entrevista através da pergunta *“o que você acha do trabalho dos agentes de saúde na prevenção do dengue?”*. A qualidade do trabalho técnico dos agentes é considerada boa ou muito boa por 99% dos entrevistados. Em relação ao controle dos focos domiciliares, a representação é positiva no que diz respeito à inspeção, aplicação e distribuição do ABATE (larvicida), identificado como *‘pozinho ou remedinho do dengue’*. Em nenhum momento esse produto é reconhecido como tóxico e nem mesmo é relacionado ao combate às larvas do mosquito nas entrevistas.

A visão do trabalho em geral é positivo, tendo a atuação dos agentes como importante elemento para o combate ao vetor :

“É bom, porque às vezes a pessoa tá esquecendo daquilo ali (do foco) e quando ele chega toma um cuidado. Ele vem olhar as caixas d’água, bota esse remedinho nos ralos, no banheiro e sempre ajuda porque às vezes a pessoa relaxa e esquece, né? A gente tá sempre vendo eles naquele trabalho, a gente vai tomando cuidado também. Isso é muito bom, ajuda ... (Entrevista nº 5, M.E., 53a, mulher, 1GI)

“É um bom trabalho e é importante sim.... muita gente não deixa entrar, muita gente não deixa por remédio, mas eu não! Todas as vezes que vem pra botar remédio pode botar! Bota nos ralos, se quiser me dar um pouquinho pra quando lavar a casa botar também... eu ponho.” (Entrevista nº 6, R., mulher, 38 anos, 1GI)

Em relação a inspeção dos reservatórios, a população observa principalmente a colocação do larvicida nos ralos, banheiros, vasos sanitários e caixas d’água, e aprovam essa prática.

“Ótimo, muito bom. Eles botam a escada, põem o remédio na caixa d’água, no banheiro, nos ralos...” (Entrevista n^o 14, M.G., 45a, mulher, 1GI)

“Ótimo, deveriam vir sempre! Eles botam (remédio) nos cantinhos, no vaso...” (Entrevista n^o 25, D., 50 a, mulher, 2GC)

A inspeção com distribuição do ABATE foi citada por 19% dos entrevistados.

“Agora não têm vindo, mas eles colocam papel atrás da porta, eles deixam remédio, botam no ralo... eles são bonzinhos!” (Entrevista n^o 20, J., 71 a, mulher, sem escolaridade)

“Acho bom, eles vêm aqui sempre, aí a gente pede remédio pra eles pra botar no ralo, no vaso e aí a gente coloca” (Entrevista n^o 16, F., 28 a, mulher, 2GI)

Mesmo tendo uma sensação de segurança com o trabalho dos agentes, existe a percepção de falhas no controle:

“Acho que é legal, mas eu acho que eles devia vir mais, mais vezes. Sempre que eles vem, eles deixam o remédio com a gente também” (Entrevista n^o 11, A, 21 a, homem, 2GC)

“Acho que o ‘carro’ devia passar mais vezes, aqui nunca veio o ‘fumacê’” (Entrevista n^o 4, M.A., 58 a, homem, sem escolaridade)

“Posso ser sincera? Não.. eles não vêm. Eu acho que é sim (bom o trabalho) só não vêm aqui, mas enfim, quando aparecem é uma coisa que funciona, é assim?” (Entrevista n^o 23, T., 28 a, mulher, 2GC)

No desenvolvimento das entrevistas, uma pergunta fora do roteiro foi realizada para saber a opinião dos moradores em relação ao porque, apesar das campanhas e do trabalho informativo dos agentes de saúde, as pessoas continuam mantendo reservatórios com água em

suas casas, sem o devido cuidado para evitar a reprodução do mosquito. As respostas foram representadas na **tabela 7**:

Tabela 7. Prevenção

Pergunta : Por quê as pessoas nem sempre se previnem contra o dengue?

Respostas	%
Relaxamento (falta de cuidado, de limpeza, de interesse, desleixo)	44
Ignorância, falta de informação	19
Descrença (não acredita que possa ficar doente)	15
Falta de responsabilidade, de conscientização	11
Esquecimento	04

A falta de conhecimento e informação é a segunda razão mais citada para uma não-ação, entretanto, a justificativa principal se ancora decisivamente em razões individuais, segundo os próprios moradores.

Tema 4 - Conhecimento sobre dengue :

Ao serem perguntados “*você já viu o mosquito?*” verificou-se que a idéia sobre o vetor é vaga e muitas vezes fantasiosa. Os entrevistados, em sua maioria, dizem só reconhecer o mosquito por ter visto sua imagem pela televisão. Ao responderem “*como ele é*” obteve-se poucas descrições, já que, a maioria, não foi capaz de descrever suas características.

“Ele tem umas pintinhas brancas, as patas alongadas com aquelas coisinhas brancas. Foi o que eles falaram (na TV). Entrevista n^o 7, Z., 45 a, mulher, 2GI)

“ ele é pequeno e todo pintadinho... “ (Entrevista n^o 16, F., 28 a, mulher, 2GI)

“ele é escuro, com uma pinta preta na cabeça assim, um negócio assim... eu já vi um mostrando na televisão” (Entrevista n^o 17, M.S., 69 a, mulher, 1GI)

“Ele é um que tem uma listra vermelha.” (Entrevista n^o 20, J., 71 a, mulher, sem escolaridade)

Em resposta à pergunta “*em que hora você mais costuma perceber sua presença?*”, obteve-se o seguinte resultado, apresentado na **Tabela 8**:

Tabela 8. Conhecimento sobre dengue

Pergunta : Em que hora você mais costuma perceber a presença do mosquito do dengue?

Respostas	%
Não sei	48
Fim de Tarde/Noitinha	41
De dia	07
Qualquer hora	04

Pode-se observar que a maioria desconhece o hábito diurno do mosquito *Aedes aegypti* ou tem idéia de sua circulação ao final do dia, assim como o pernilongo. Essa informação, ou mais precisamente, a falta dela, pode levar a práticas de proteção completamente ineficazes no tocante ao vetor, como o uso de inseticidas e ventiladores.

Em relação a uma segunda infecção por dengue, a maior parte dos entrevistados respondeu ser possível, baseados na própria experiência com epidemias passadas.

Sobre dengue hemorrágico, pouca ou nenhuma informação circula na comunidade. Nem mesmo o agente de saúde que trabalhava naquela área, e que, na ocasião foi entrevistado, foi capacitado para informar sobre o tema, dizendo ter como única fonte de informação a televisão.

Ao serem perguntados “*Você sabe o que é dengue hemorrágico?*” a idéia mais freqüente é relacionada à perda visível de sangue e morte. Ninguém soube explicar a evolução do quadro até chegar ao agravamento dos sintomas.

“*É aquela que as pessoas não demoram muito, morre mais rápido*” (Entrevista 19, A.P., mulher, 1GI)

“ Pelo que eu já ouvi, a dengue hemorrágica é aquela que sangra pelos poros, eu acho que a pele sangra. Isso é o que eu ouvi, né... mas eu nunca vi” (Entrevista 23, T., mulher, 2GI)

Quanto à fonte de informação sobre dengue, a televisão é a preferida. Os folhetos informativos são reconhecidos, considerados úteis mas não são lidos pela maioria das pessoas daquela comunidade. As razões são ligadas à falta de tempo e principalmente, à dificuldade de leitura e compreensão das mensagens.

Ainda relacionado ao tema “conhecimento sobre dengue”, um sub-tema foi apreendido, relativo ao ciclo reprodutivo do vetor, apesar de não abordado no roteiro.

A falta de conhecimento sobre o ciclo causa problemas consideráveis referentes às questões estratégicas para a prevenção e controle, já que sua reprodução na água não é visualizada por esse grupo, não permitindo assim, a compreensão do por quê não deixar água parada.

Esse desconhecimento ainda é reforçado por crenças de que o mosquito se reproduz em mato, em água suja e em lixo, e que atua à noite.

“Esse mosquito eles dão em água parada, né? Em lugares de muita paisagem, paisagem não alta, paisagem baixa, capim ou coisa assim...Acho que minha preocupação é mais com ela (água). Essa situação... não precisa ser água limpa ou suja, ficou parada... (é dengue) (Entrevista n^o 4, M.A., 58 a, homem, sem escolaridade)

“Eu acho justo, sem dúvida, porque água podre tem que provocar é epidemia mesmo, né? (Entrevista n^o 12, V., 77 a, homem, sem escolaridade)

*“Não deixo copo de água, garrafa, porque o começo é a proliferação das larvas, né?
Pergunta: E aqui na comunidade você vê alguma coisa que pudesse ser feita para evitar a proliferação das larvas e mosquitos?*

Resposta : Aqui atrás tem um chiqueiro....

Pergunta: Que já foi desativado, né?

Resposta: *Já foi, mas continua uma imundície total*” (local de proliferação citado sem nenhuma ligação com água limpa) (Entrevista nº 24, M., 22 a, mulher, 2GC)

“Não é mosquito, é mosquita.. Pergunta: Qual o papel que ela tem na dengue?

Resposta: *É onde fica o Aedes também, onde tem acúmulo de água, plantinhas,*

pneus... Pergunta: E aí? Acontece o quê? Resposta: Aí eu não sei... larva, aí ele

crece mais ainda... “ (Trecho da entrevista onde o conhecimento sobre o ciclo é confuso e totalmente impreciso) (Entrevista nº 6, R., 38 a, mulher, 1GI)

Tema 5 – Sintomatologia :

Em relação ao dengue clássico e a febre hemorrágica do dengue, os sintomas foram classificados quanto à frequência de citação, segundo as **tabelas 9 e 10**, respectivamente:

Tabela 9. Sintomas do dengue clássico

Pergunta : O que sente uma pessoa com essa doença?

Respostas	%
Febre	52
Dor no corpo	44
Dor de cabeça/olhos	41
Cansaço, manchas vermelhas na pele	19
Falta de apetite, enjôo	15
Diarréia, coceira no corpo, resfriado, tonteira	07
Amargor na boca	04

Tabela 10. Sintomas da Febre Hemorrágica do Dengue (FHD)

Pergunta : O que sente uma pessoa com dengue hemorrágico?

Respostas	%
Não sei	41
Sangramento/hemorragia (pela boca, nariz ou poros)	30
Febre	07
Dor de cabeça, manchas vermelhas, fraqueza, diminuição de plaquetas, mesmos sintomas do dengue clássico	04

O desconhecimento sobre os sintomas da FHD foi observado tanto na população, quanto por parte do agente de saúde entrevistado:

“A gente sabe o que vê na televisão, o que a gente lê, mas diretamente de um treinamento, sabe, que eu acho que deveria ter, não tem não”

A idéia que marca a diferença entre os dois quadros, segundo os entrevistados, é o sangramento visível, que, em geral, não ocorre, exceto pelas manchas petequiais na pele, que são pontos vermelhos muito pequenos, que, às vezes, podem coalescer (raro) ou podem estar mais distanciados (mais freqüente) e, às vezes, são muito numerosos e próximos entre si, predominando nos membros inferiores. O tipo de mancha na pele mais comum no dengue não é a petéquia, mas uma erupção rósea, o exantema maculo-papular, mais presente no tronco, parecido com o exantema da rubéola; ocorre em aproximadamente 30% dos casos de dengue em geral, principalmente no dengue clássico (MARZOCHI, 2008 – Comunicação oral).

6.2.2. As Vulnerabilidades Percebidas

Várias situações ou conjecturas registradas durante a pesquisa traduziram um estado de grande vulnerabilidade dessa população em relação à manutenção da vida em si. Os problemas de saúde, de desemprego, de baixa ou nenhuma escolaridade, pobreza, desestrutura familiar, dentre outros, fazem com que epidemias se minimizem diante da luta diária por uma melhor condição de vida.

Por outro lado, falar sobre participação da população em um programa de controle, significa considerá-la parceira, em condições de atuar conscientemente sobre os fatores determinantes da endemia, e ter sua participação reconhecida como um elemento real e concreto das ações programáticas, atribuindo à sua atuação, a responsabilidade da co-participação no combate a um agravo. Entretanto, face às vulnerabilidades enfrentadas por um grande setor da população, essa parceria tenderá a não se efetivar, já que as condições para seu desenvolvimento são marcadas por sérias desigualdades que precisam primeiramente serem transpostas, principalmente aquelas que se referem ao nível de informações sobre a

doença e às condições sanitárias para a manutenção de um ambiente salubre, ambas de responsabilidade do setor público.

Tentando analisar quais as vulnerabilidades que atingem de forma mais evidente aquele grupo e, certamente, vários outros grupos moradores de favelas, dificultando a sua participação no controle do dengue, levantou-se primeiramente os aspectos sociais que mais se destacam nesse processo.

Dentro da *dimensão social*, pode-se registrar o semi-analfabetismo de grande parte da população, e até mesmo a existência de casos de analfabetismo que dificultam tanto o acesso quanto a compreensão de mensagens construídas dentro da lógica científica e divulgadas durante as campanhas de combate a dengue pressupondo serem claras na sua elaboração (*dificuldade de acesso e compreensão da informação*).

A baixa renda e o desemprego tornam essa população vulnerável quanto a manutenção de uma vida digna, com alimentação adequada, acesso a transporte (inclusive para chegar a um hospital, todos distantes do P.O.C), a manutenção da casa, etc. (*dificuldade de acesso a serviços de saúde e a condições de bem estar*).

A deficiência da infra-estrutura sanitária, com acúmulo de lixo em alguns pontos do P.O.C. e conseqüentemente a proliferação de vetores como ratos e mosquitos, além da falta de água que contribui para a prática de armazenamento, são outros aspectos que se constituem como vulnerabilidades para aquele grupo.

Já na *dimensão individual*, que se ocupa basicamente dos comportamentos que criam a oportunidade de adoecer ou infectar-se, observa-se a existência de crenças que em nada auxiliam na eliminação do vetor, como já visto na análise das representações sociais, relacionadas ao hábito noturno (e não diurno) do vetor e à sua reprodução em lugares insalubres ou de mata. Essas crenças estimulam o desenvolvimento de práticas que não contribuem para prevenção do dengue como uso de desinfetante, remoção de mato de quintal, inseticidas e limpeza da casa.

A existência de pratos de plantas e caixas d'água danificadas também são fatores relacionados com a vulnerabilidade individual, que têm como forma de controle apenas a visita (nem sempre regular) dos agentes de saúde e a aplicação do ABATE.

A falta de conhecimento do ciclo reprodutivo do vetor também agrava a vulnerabilidade, não tornando clara a vinculação do mosquito adulto com a água limpa - falha das mensagens educativas, que pressupõem a existência desse elo no imaginário social. Essa falta de clareza do ciclo não reforça a necessidade de não se deixar água limpa armazenada.

Outro aspecto também relevante no tocante à vulnerabilidade individual é a falta de informação sobre a Febre Hemorrágica do Dengue, podendo atrasar a procura do serviço médico por parte do indivíduo doente, que espera algum sinal de sangramento ou hemorragia visíveis.

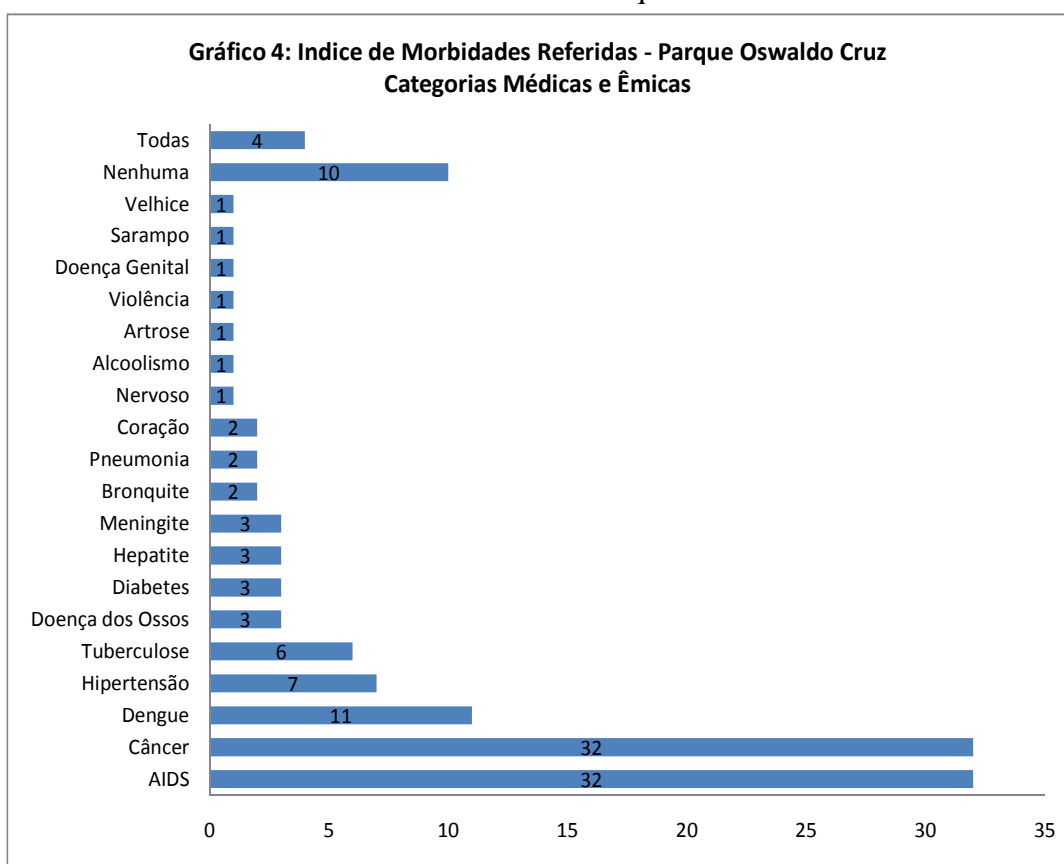
Na *dimensão programática*, que se refere às ações institucionais voltadas especificamente para o combate ao dengue, não se pode deixar de reforçar a falta de clareza das mensagens, elaboradas sob o ponto de vista exclusivamente científico, ignorando as representações da doença. Outro ponto de grande importância é a atuação dos agentes de saúde, que não tem regularidade e os quais têm como prática a distribuição do ABATE, não levando em conta o perigo de uma super dosagem e intoxicação.

6.2.3. O Inquérito de Morbidade Referida

O Inquérito de Morbidade Referida mostrou que o dengue não é prioridade no conjunto de doenças que mais preocupam aquela população, a despeito dos 141 casos de dengue mencionados pelos moradores entrevistados. Apesar de distanciada das primeiras (Câncer e AIDS), o dengue foi a doença mais freqüente entre as demais e recebe uma atenção considerável da população local, mas talvez insuficiente para reforçar a sua atenção em relação ao controle de possíveis focos domiciliares.

O quadro de morbidades referidas pelos moradores do Parque Oswaldo Cruz demonstra uma preocupação maior com as doenças que possam ter uma maior probabilidade de fatalidade ou que ameacem a força de trabalho de forma mais contundente, como segue no **Gráfico 4:**

Gráfico 4: Índice de Morbidades Referidas – Parque Oswaldo Cruz



O fato de o dengue ser a terceira morbidade mais expressiva neste grupo, pode apontar para uma maior sensibilidade da população às práticas mais adequadas a um controle efetivo do *Aedes*, estimulem os adultos a manterem seu ambiente domiciliar livre da presença do vetor, lembrando que “o vetor dentro de sua casa, é como o piolho em sua cabeça, ninguém poderá acabar com ele melhor que você” (Mauro Marzochi, campanha de 2002). Neste aspecto, é de fundamental importância que, para elaboração dos conteúdos de campanhas para controle do dengue a serem veiculados pela mídia em geral, as autoridades de saúde aproveitem, como política, os conhecimentos específicos desenvolvidos cientificamente na avaliação do comportamento e representações das populações mais atingidas.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

O dengue, é uma doença endêmico-epidêmica, oferecendo riscos imediatos à população do espaço urbano, sobretudo, pela urbanização acentuada do vetor, pelo aumento da densidade populacional, e pela situação sócio-econômica que está vinculada à expectativa de vida.

A apreciação do ambiente urbano tem sido uma preocupação crescente de muitos pesquisadores, não apenas pela sua complexidade de relações, mas também porque é nas cidades que se concentra um número cada vez maior de pessoas e, muitas vezes, de forma anárquica, o que tem ocasionado uma degradação ambiental e comprometendo a qualidade de vida da população.

A heterogeneidade, a desigualdade e a fragmentação, marcas do tecido urbano brasileiro, se expressam também nas precárias condições de saúde e nos processos de adoecimento, bem como nas dificuldades e diferenças no acesso e consumo dos serviços de saúde (MARZOCHI, 1994; DIAS, 1998)). Superpopulação, pobreza, desemprego, exclusão, violência e criminalidade configuram um espectro ampliado de problemas de saúde, que desafiam os gestores e impõem a reflexão na busca de novas soluções.

Neste cenário urbano, vários agravos se instalam como reflexo da sua precariedade, e o dengue é um deles. Sendo o homem e suas condições de vida parte determinante do processo de endemicidade em geral, o comportamento humano, que é determinado pela visão que ele tem de mundo, precisa ser estudado e incorporado como componente dos programas de controle.

Este trabalho foi desenvolvido pensando nas dificuldades em promover a participação de pessoas no combate ao dengue, refletindo especificamente sobre a realidade enfrentada por populações que moram em regiões de alto índice de infestação pelo vetor e de pobreza. As

invisibilidades desse processo, os elementos que constituem “razões” para uma aparente desmotivação na luta contra uma doença que, com o passar dos anos, vem levando a quadros clínicos graves e um número cada vez maior de vítimas fatais, se traduzem nas representações sociais apreendidas e nas vulnerabilidades vividas desse grupo de moradores do Parque Oswaldo Cruz, levando a ações que, em muitos casos, são entendidas como descuido e relaxamento, até mesmo pelos próprios vizinhos.

O estudo limita-se a entrevistas e inquéritos com moradores do Parque Oswaldo Cruz. As conclusões não podem ser generalizadas mas, podem ser repetidas em outros grupos para verificação de semelhança, e representam, no máximo, uma interpretação das representações sociais de uma população específica moradora de favela em relação ao dengue em face às vulnerabilidades enfrentadas. O cerne desta estratégia está na probabilidade de possibilitar uma maior aproximação com a realidade concreta onde ocorrem os fenômenos interativos que permeiam o processo saúde-doença por privilegiar o espaço como categoria de estudo, incorporado ao caráter histórico e social do seu processo de ocupação, parte inerente aos determinantes das condições de vida. Especialmente quando se trata de comunidades onde se evidenciam acometimentos de forma mais intensa, a importância desse espaço reveste-se de maior significado por conterem elementos de diversas origens e faixas de idades, com multiplicidade de relações de capital, trabalho e cultura.

Mann (1983) ao analisar a situação da AIDS aponta que *“a vulnerabilidade pessoal aumenta quando o indivíduo não está preocupado ou suficientemente motivado com relação ao perigo da infecção pelo HIV. A vulnerabilidade pessoal também aumenta quando o indivíduo carece de habilidades, acesso aos serviços necessários, suprimentos ou equipamentos e o poder ou confiança para sustentar ou implementar mudanças comportamentais.*

Essa situação se aplica bem no caso da dengue por também não contar ainda com o processo de imunização através de vacinas, sendo a atitude individual a base, o ponto crucial na prevenção. Ao passar esse tempo junto aos moradores do P.O.C. ficou clara a falta de aparelhamento dessa população e a conseqüente falta de motivação para a participação de um programa de controle. Essas pessoas não se sentem atores de um processo e sim elementos passivos, dependentes das visitas irregulares dos agentes de saúde para aplicação do “pozinho” nos ralos e vasos, ou a espera da próxima epidemia.

Tendo como base a pergunta condutora deste trabalho: “*De que forma as representações sociais do dengue podem refletir as vulnerabilidades de um grupo morador de favela após 3 epidemias ocorridas no RJ?*” percebeu-se que, numa análise geral, a maior vulnerabilidade social diretamente ligada às atitudes frente a doença, é a pouca escolaridade da população, que dificulta a compreensão do processo como um todo, desde a etiologia, passando pela sintomatologia e indo até as ações de controle. As vulnerabilidades individuais, frutos da dimensão social, são claramente percebidas nas representações que apontam para a falta de informação e para a existência de crenças que afastam a população de práticas preventivas eficazes. O estigma da sujeira, sempre vinculado à pobreza é fortemente sentido nas representações desse grupo como sendo uma condição constantemente combatida, a fim de estar sempre resgatando a dignidade e a proteção da casa contra as ameaças de fora. No plano programático, a falta de capacitação dos agentes e irregularidade das visitas são as maiores vulnerabilidades apreendidas nas representações, que apesar de serem positivas, deixam transparecer problemas graves neste aspecto, apontando falhas que dificultam a diminuição da densidade vetorial e não contribuem para a informação e segurança da população.

O estudo das representações sociais foi de fundamental importância para a percepção de como as vulnerabilidades enfrentadas podem ajudar a entender o tipo de atitudes desenvolvidas por um grupo social frente a uma endemia. Até mesmo a falta dessas atitudes podem ser melhor interpretadas, longe da cômoda culpabilização da população (VALLA, 1998), tão comumente empregada para justificar os altos índices de infestação por *A. aegypti*. Fica claro que o conhecimento técnico científico precisa se reorientar em relação a abordagem da população segundo suas características. Com base nos dados obtidos, conclui-se que as estratégias de intervenção para o combate ao dengue necessitam de um redirecionamento passando a ter, em primeiro plano, o objetivo de aumentar o *grau de consciência dos indivíduos em relação aos possíveis danos decorrentes de uma não ação ou de uma ação orientada por uma lógica ineficaz e, com isso, estimular o poder de transformação efetiva de comportamentos a partir dessa consciência* (AYRES, 1997).

Sugere-se então, propostas visando a reorientação de Políticas de Saúde para o programa de controle e prevenção do dengue:

Em relação à necessidade da população do estudo:

1. Reformulação do conteúdo das mensagens informativas/educativas, tendo como foco os critérios baseados no estudo das representações sociais;
2. Reformulação da forma de divulgação das mensagens, com menos textos, explorando mais os recursos áudio visuais, tendo em vista a dificuldade de leitura;
3. Melhorias sanitárias, tanto relativas à coleta regular de lixo quanto ao fornecimento de água;
4. Regularidade de visitas dos agentes de saúde, tanto para aplicação de larvicida quanto para instruir a população sobre medidas eficazes de controle e prevenção;
5. Programas de educação em saúde voltados para a prevenção do dengue com especificidade no que tange aos níveis de vulnerabilidade encontrados, nas escolas públicas frequentadas por crianças moradoras do Parque Oswaldo Cruz e outras comunidades semelhantes, para formação de uma nova geração, com uma lógica educacional diferente, respeitando as características sócio-culturais locais.

Em relação às ações dos gestores de políticas públicas:

1. Desenvolvimento de estudos sobre aspectos sócio-culturais das populações alvo, no intuito de elaborar abordagens mais específicas, considerando as vulnerabilidades encontradas;
2. Treinamento dos agentes de saúde visando um trabalho mais eficaz e responsável, além de mais informativo e amplo nas comunidades visitadas. Capacitação desses agentes para informar sobre especificidades do vetor e da doença;
3. Utilização dos meios de comunicação de massa, principalmente a televisão, para divulgação de mensagens durante todo ano, já que a dengue no Rio de Janeiro é endêmica, com ocorrência de casos durante todos os meses.
4. Focar a formulação das informações sobre outros aspectos, como por exemplo sintomas de FDH e ciclo do vetor na água limpa, desviando parcialmente a atenção sempre voltada prioritariamente aos tipos de reservatórios que servem para a reprodução do *Aedes aegypti*, já que a população é capaz de reproduzir essas informações, já saturadas.

5. Atingir mais especificamente por meio de programas de educação em saúde, crianças em idade escolar, para formação de multiplicadores de informação, com base na realidade vivida nas favelas.
6. Desenvolvimento de uma política de melhoria sanitária nas áreas de favelas do Rio de Janeiro, principalmente no que tange ao fornecimento de água, problema que persiste sem solução.

Essas sugestões aqui formuladas têm o objetivo maior de ressaltar o compromisso da Educação e da Saúde Coletiva, que é vencer as diferenças por meio da humanização das políticas públicas e com isso, preencher lacunas principalmente no que se refere a abordagem educacional desenvolvida pela gestão pública, tornando-a mais sensível e próxima à realidade de populações que sofrem com uma exclusão ressaltada pela baixa escolaridade e falta de estruturas públicas eficientes, tentando tornar possível o *empowerment* tão necessário para uma atuação real na luta contra o dengue, aumentando a auto-estima e tornando essa participação um verdadeiro elemento no programa de controle. Esse fortalecimento da população certamente será alcançado através da implementação de políticas públicas voltadas para a melhoria das condições de vida e saúde, aqui sugeridas, enfrentando e transformando as “invisibilidades” em ferramentas de enfrentamento e parceria na luta por uma vida melhor.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADAM, P. & HERZLICH, C., 1994. *Sociologie da la Maladie et de Médecine*. Paris: Nathan Université.

ALMEIDA, M.C.M.; CAIAFFA, W.T.; ASSUNÇÃO, R.M.; PROIETTI, F.A., 2007. Spatial Vulnerability to Dengue in a Brazilian Urban Area during a 7-year Surveillance. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, vol. 84 (3), 334-345.

AYRES, J. R. C. M., 1997. Vulnerabilidade e AIDS: Para uma Resposta Social à Epidemia. Boletim Epidemiológico. Setor de Vigilância Epidemiológica do Centro de Referência e Treinamento de DST/AIDS – Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

BAKIRTZIEF, Z., 2000. Aderência ao Tratamento de Hanseníase. In: *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais* (R.B.Barata & R. Briceño León, orgs.), pp.101-112, Editora Fiocruz, Rio de Janeiro.

BARATA, E.A.M.F.; COSTA, A.I.P.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; GLASSER, C.M.; BARATA, J.M.S.; NATAL, D., 2001. *Aedes aegypti* population in an endemic area of dengue in the Southeast Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 35(3): 237-242.

BARATA, R. B., 2005. Revista Eletrônica “Com Ciência”. [HTTP://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/08.shtml](http://www.comciencia.br/reportagens/2005/06/08.shtml) Reportagem publicada em 10/6/2005.

BARATA, R.B., 1998. *Malária e seu Controle*. São Paulo: Editora Hucitec.

BARRERA, R.; DELGADO, N.; JIMÉNEZ, M.; VILLALOBOS, I; ROMERO I., 2000. Estratificación de una ciudad hiperendémica em dengue hemorrágico. *Rev. Panam Salud Pública*, 8(4): 225-233.

BASTOS, F.I.; BOSCHI-PINTO, C.; TELLES, P. R.; LIMA, E., 1993.

O Não-dito da AIDS. *Cad. Saúde Pública*, jan./mar. 1993, vol.9, no.1, p.90-96.

BRAGA, I.A. & VALLE, D., 2007. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. *Epidemiol. Serv. Saúde*, 16(2):113-118.

BRICENÕ-LÉON, R., 1996. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitaria. *Cad. Saúde Pública*, Março, 12(1):7-30.

BRYAN, R.T.; BALDERRAMA, F.; TONN, R.J.; PINTO DIAS, J.C. (1994). Community participation in vector control: lessons from Chagas' disease. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 50 (6): 61-71.

CARDOSO, M.H.C.A.; GOMES, R., 2000. Representações sociais e história: referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. *Cad. Saúde Pública* 16(2):499-506.

CASALI, Pereira, M.R.R; SANTOS, L.M.J.G.; PASSOS, M.N.P.; FORTES, B.P.M.D.; VALENCIA, L.I.O.; ALEXANDRE, A.J.; MEDRONHO, R.A.; 2004. A epidemia de dengue, dengue hemorrágico no município do Rio de Janeiro, 2001/2002. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 37(4):296-299, jul-ago.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC)(1997). Information on Dengue Fever and Dengue Haemorrhagic Fever. www.cdc.gov/ncidod/dvbid/dhspot98.htm.
[acessado em 20/01/2001.](#)

CHIAVARALLOTTI NETO, F.C.; MORAES, M.S. & FERNANDES, M.A., 1998. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à 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*, 14(2):91-100.

CLARO, L.B.L., 1995. *Hanseníase: Representações sobre a doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 110 p.

CLARO, L.B.L.; TOMASSINI, H.C.B.; ROSA, M.L.G., 2004. Dengue prevention and control: a review of studies on knowledge, beliefs, and practices. *Cad. Saúde Pública*, 20(6): 1447-1457.

COCHRAN, W. G., 1977. *Sampling Techniques*. New York: John Wiley & Sons.

COSTA, AIP; NATAL, D., 1998. Distribuição especial da dengue e determinants socioeconômicos em localidade urbana no Sudeste do Brasil. *Rev. Saúde Pública*, 32(3): 232-236.

CUNHA, S.P.; ALVES, J.R.C.; LIMA, M.M., 2002. Presence of *Aedes aegypti* in Bromeliaceae and plant breeding places in Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 36(2):244-245.

DAMATTA, R., 1991. *A casa e a rua*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.

DIAS, J.C.P., 1998. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 14(2):19-37.

DONALÍSIO, M.R., 1999. *O Dengue no espaço habitado*. São Paulo: HUCITEC: FUNCRAF.

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

FARR, R. M., 1999. Representações Sociais: a teoria e sua história. In: *Texto em Representações Sociais* (P.Guareschi & S.Jovchelovitch, orgs.), pp.31-59, Petrópolis : Editora Vozes, 5^a ed.

FREITAS, C.M., 2002. *Problemas ambientais e vulnerabilidade. Abordagens integradoras para o campo da Saúde Pública*. Cesteh. Ensp/ Fiocruz, RJ.

GOMES, H. F., 2000. O ambiente informacional e suas tecnologias na construção dos sentidos e significados. *Ciência da Informação*, 29(1): 61-70.

GRIMBERG, M. 2001. “Saber de SIDA” y cuidado sexual en mujeres jóvenes de sectores populares del cordón sur de la ciudad de Buenos Aires. Apuntes para la definición de políticas de prevención. *Cad. Saúde Pública*, May/June, 17(3) : 481-489.

GUATARI, F., 1990. *As três ecologias*. Editora Papirus.

GUBLER, D.J.; CLARK, G.G., 1994. Community-based integrated control of *Aedes aegypti*: a brief over view of current programs. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 50 (6): 50-60.

HABERMAS, J.; 1989. *Consciência, Moral e Agir Comunicativo*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.

HANNAWAY, C., 1993. Environment and miasmata. In: *Companion Encyclopedia of the History of Medicine* (W.F.Bynun and R. Porter). Vol.I, London and New York, Routledge, pp. 292-307.

HERZLICH, C. , 1991. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis*, 1:22-36.

_____, 1992. *Santé et Maladie, Analyse d'une Représation Sociale*. Paris: Éditons de L'EHESS.

_____, 2005. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15 (Suplemento) :57-70

JODELET, D., 1984. Les Représentations Sociales: Phénomènes, Concept et Theorie. In: *Psychologie Social* (S.Moscovici, ed.). Paris: Presses Universitaires de France, pp. 357-78.

_____, 1989. Représentations sociales: un domaine en expansion. In: *Les représentations sociales* (D. Jodelet, org.), pp.31-61. Paris: P.U.F.

JOVCHELOVITCH, S., 1999. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: *Texto em Representações Sociais* (P.Guareschi & S.Jovchelovitch, orgs.), pp.63-85, Petrópolis: Editora Vozes, 5^a ed.

KLEIN, C.H., BLOCH, K.V., 2002. Estudos seccionais. In: *Epidemiologia*. Roberto Medronho, ed., 1a ed. , Rio de Janeiro: Atheneu; p. 125-150.

KNUDSEN, A.B.; SLOOFF, R., 1992. Vector-borne disease problems in rapid urbanization; new approaches to vector control. *World Health Organization*, 70 (1): 1-6.

KOTTOW, M.H., 2003. The vulnerable and the susceptible. *Bioethics*: 17 (5-6) 460-471.

KOURI, G.P.; GUSZMÁN, M.G.; BRAVO, J.R.; TRIANA, C., 1989. Dengue Hemorrhagic Fever Shock Syndrome: Lessons from the Cuban Epidemic, 1981. *Bull. WHO, Geneva*, 67(4)375-80.

LEFRÉVE, A. M. C., RIBEIRO, A. F.; MARQUES, G. R. A. M.; SERRA, L. L. N.; LEFRÉVE, F., 2007. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do Município de São Sebastião, Litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil, *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23 (7): 1696-1706.

LEFRÉVE, A. M. C.; LEFRÉVE, F.; SCANDAR, S. A. S., YASUMARO, S.; SAMPAIO, S. M. P.; 2003. Representações dos agentes de combate ao *Aedes aegypt* sobre a estratégia de retirada do inseticida nas ações de controle do vetor. *Revista Brasileira Epidemiologia* 6 (4): 359-372.

LEFRÉVE, F., LEFRÉVE, A. M. C.; SCANDAR, S.A.S.; YASSUMARO, S., 2004. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. *Revista Saúde Pública*, 38 (3): 405-14.

LENZI, M. F., COURA, L. C., 2004. Preservação da dengue: A informação em foco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 37 (4): 343-350.

LENZI, M.F.; COURA, L.C.; GRAULT, C.E., VAL, M.B., 2000. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. *Cad.Saúde Pública*, 16(3):851-856.

LLOYD, L.S.; WINCH, P.; ORTEGA-CANTO, J.; KENDALL, C., 1992. Results of a community-based *Aedes aegypti* control program in Merida, Yucatan, Mexico. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 46 (6): 635-642.

LLOYD, L.S.; WINCH, P.; ORTEGA-CANTO, J.; KENDALL, C., 1994. The design of a community-based health education intervention for control of *Aedes aegypti*. *Am. J. Trop. Med. Hyg.*, 50 (4): 401-411.

MANN, J., TARANTOLA, D. J. M., NETTER, T.W., 1993. Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS. In: *A AIDS no Mundo* (R. Parker). Rio de Janeiro: Relume Dumará, p. 276-300.

MARZOCHI, K.B.F., 1987. Dengue - uma nova epidemia de “estimação”. *Cad. Saúde Pública*, 3:137-141.

_____, 1994. Dengue in Brazil – Situation, Transmission and Control – a Proposal for Ecological Control. *Mem.Inst.Oswaldo Cruz*, Rio de Janeiro, Vol. 89(2): 235-245.

MINAYO, M.C.S., 1994. *O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*, São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 3^a ed.

_____, 1999. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: *Texto em Representações Sociais* (P.Guareschi & S.Jovchelovitch, orgs.), pp.89-111, Editora Vozes, 5^a ed, Petrópolis.

_____, 2002. *Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós*. Ed. Fiocruz, Abrasco, RJ, 2002.

Ministério da Saúde, Fundação Nacional da Saúde, 1996. Plano Diretor de Erradicação do *Aedes aegypti*, Brasília.

_____, Fundação Nacional da Saúde, 1997. Instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas/PEAa. Brasília.

_____, Fundação Nacional da Saúde, 2001. Plano de Intensificação das Ações de Controle do Dengue, Brasília, DF.

_____, Boletim DST/AIDS, 2004. <http://sistemas.aids.gov.br> , acessado em 27/2/2008.

_____, Secretaria de Vigilância em Saúde, 2006. <http://tabnet.datasus.gov.br> , acessado em 27/02/2008

_____, _____, Brasil, _____ 2007. http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=25628, acessado em 08/9/2007 e 27/02/2008.

MONTEIRO, S.S., 1999. AIDS, Sexualidade e Gênero: A Lógica da Proteção entre Jovens de um Bairro Popular Carioca. Tese de Doutorado, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MOREL, C.M., 2006. Apresentação oral para a Oficina de Prioridades de Pesquisas em Doenças Negligenciadas, Rio de Janeiro, abril/2006, promovida pelo Departamento de Ciência e Tecnologia/DECIT do Ministério da Saúde.

MORRIS, D. B., 1998. *Illness and Culture in the Postmodern Age*. Berkeley/Los Angeles/London: University of California Press.

MOSCOVICI, S., 1981. On social representations. In: *Social Cognition: perspectives on everyday understanding* (J.P. Forgas, org.), pp.181-209. New York: Academic Press.

MOSCOVICI, S., 1972. *Introduction à la Psychologie Sociale*. Paris: Larousse.

MUÑOZ SANCHEZ, A.I.; BERTOLOZZI, M.R., 2007. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (2): 319-324.

NOGUEIRA, R.M.R.; MIAGOSTOVICH, M.P.; de FILIPPIS, A.M.; PEREIRA, M.A.S.; SCHATZMAYR, H.G., 2001. Dengue Virus Type 3 in Rio de Janeiro, Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 96(7):925-926.

NOGUEIRA, R.M.R.; MIAGOSTOVICH, M.P.; LAMPE, E.; SOUZA R.W.; ZAGNE S.M.O., SCHATZMAYR, H.G., 1990. Isolation of dengue virus type 2 in Rio de Janeiro. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz* 85:253.

NOGUEIRA, R.M.R.; MIAGOSTOVICH, M.P.; SCHATZMAYR, H.G.; dos SANTOS, F.B.; de ARAÚJO, E.S.; de FILIPPIS, A.M.; de SOUZA, R.V.; ZAGNE, S.M.; NICOLAI, C.; BARAN, M.; TEIXEIRA FILHO, G. , 1999. Dengue in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1986-1998. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 94(3)297-304.

NOGUEIRA, R.M.R.; ZAGNE, S.M.O.; MARTINS, I.S.M.; LAMPE, E.; MIAGOSTOVICH, M.P.; SCHATZMAYR, H.G., 1991. Dengue haemorrhagic fever/dengue shock syndrome (DHF/DSS) caused by serotype 2 in Brazil. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 86:269.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Number of reported cases of Dengue & Dengue Hemorrhagic Fever (DHF), Region of the Americas (by country and subregion)*, 2004. Washington (DC): OPS; <http://www.paho.org/english/ad/dpc/cd/dengue-cases-2003.htm>

OSANAI, C.H., 1984. *A epidemia de dengue em Boa Vista, território federal de Roraima, 1981-1982.* Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

PASSOS, A.D.C.; RODRIGUES, E.M.S. & DAL-FABBRO, A.L., 1998. Dengue control in Ribeirão Preto, São Paulo, Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 14(2):123-128.

PASSOS, R.A., MARQUES, G.R.A.M., VOLTOLINI, J.C., 2003. Dominance of *Aedes aegypti* over *Aedes albopictus* in the southeastern coast of Brazil. *Rev. Saúde Pública*, 37(6): 729-734.

PATTON, M. Q., 2002. *Qualitative research and evaluation methods*. 3rd Edition. Sage Publications, USA.

PORTO, M. F. S., 2007. *Uma ecologia política dos riscos: princípios para integramos o local e o global na promoção da saúde e da justiça ambiental*. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, v. 1. 248 p.

POSEY, M., 1987. Etnobiologia: Teoria e Prática. In: *Suma Etnológica Brasileira* (D. Ribeiro, editor) vol.1, Etnobiologia, p.15-25. Petrópolis:Vozes/Finep

QUEIROZ, M.S., 2000. Representações Sociais : uma perspectiva multidisciplinar em pesquisa qualitativa. In: *Doenças Endêmicas: abordagens sociais, culturais e comportamentais* (R.B.Barata & R.Briceño-Léon, orgs.), p.27-46. Editora FIOCRUZ, Rio de Janeiro.

REIS, D. C. dos; GAZZINELLI, A.; SILVA, C. A. B., GAZINELLI, M. F.; 2006. Health Education and Social Representation: an experience with control of legumentary leishmaniosis in na endemic área in Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 22 (11).

REITER, P.& GUBLER, D.J., 1997. Surveillance and control of urban dengue vectors. In: *Dengue and dengue hemorrhagic fever* (D.J.Gubler & G.Kuno, eds.). New York, Cab International, pp.45-60.

Revista Eletrônica “Ciência e Saúde”. <http://www.cienciasaude.uol.com.br>, acessado em 02/08/2007.

Revista Eletrônica “Com Ciência”, <http://www.conciencia.br/reportagens/2005/06/08>. Rita Barradas Barata, reportagem publicada em 10/06/2005.

RODRIGUES, J.C., 1995. *Higiene e Ilusão - o lixo como invento social*. Nau, Rio de Janeiro.

ROZEMBERG, B.; 1994. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. *Cad. Saúde Pública*, 10 (11): 30-46.

SANTOS, S.L.dos, 2003. *Avaliação das ações de controle da Dengue: aspectos críticos e percepção da população*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

SCHATZMAYR, H.G., 2000. Dengue situation in Brazil by year 2000. *Memórias do Instituto Oswaldo Cruz*, 95(1): 179-181.

SESDEC - Secretaria de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro. Assessoria de Doenças Transmitidas por Vetores e Zoonoses, www.saude.rj.gov.br, acessado em 06/08/2007.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE / COORDENAÇÃO DE PROGRAMAS DE EPIDEMIOLOGIA, 2000. www.smsonline.rio.rj.gov.br/numeros_dados_sinan_doencas_dengue, acessado em 12/09/2000.

SERUFO, J.C.; SOUZA, A.M.; TAVARES, V.A.; JAMMAL, M.C.; SILVA, J.G., 1993. Dengue in the south-eastern region of Brazil: historical analysis and epidemiology. *Revista de Saúde Pública*, 27 (3): 157-167.

SIQUEIRA JR., J. B., MARTELLI, C. M. T.; COELHO, G. E.; SIMPLÍCIO, A. C. R.; HATCH, D. L.; 2005. *Emerging Infectious Diseases*, 11 (1): 48-53, www.cdc.gov/cid

SPINK, M. J., 1993. O Conceito de Representação Social na Abordagem Psicossocial. *Cad. Saúde Pública*, 9 (3) 300-308

STÄLSETT, S.J., 2003. *Vulnerabilidad, dignidad y justicia: Valores éticos fundamentales en un mundo globalizado*. Palestra proferida no encontro internacional “As dimensões éticas do desenvolvimento – Os novos desafios éticos do Estado, da Empresa e da Sociedade Civil – promovido pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento , Julho, Belo Horizonte, Brasil. www.iadb.org/Etica/Documentos/Blt_07Jul2003-P.htm

SWADDIWUDHIPONG, W.; CHAOVAKIRATIPONG, C.; NGUNTRA, P.; KOONCHOTE, S.; KHUMKLAM, P.; LERDLUKANAVONGE, P. , 1992. Effect of

health education on community participation in control of dengue hemorrhagic fever in an urban area of Thailand. *Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health*, 23 (2): 200-206.

SZWARCWALD, C.L.; BASTOS, F.I.; ESTEVES, M.A.P.; ANDRADE, C.L.T.; PAEZ, M.S.; MEDICI, E.V.; DERRICO, M., 1999. Desigualdade de renda e situação de saúde: o caso do Rio de Janeiro. *Cad. Saúde Pública*, 15(1): 15-28.

TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, M.L.; COSTA, M.C.N.; FERREIRA, L.D.A.; VASCONCELOS, P.F.C., 2002. Avaliação de impacto de ações de combate ao *Aedes aegypti* na cidade de Salvador, Bahia. *Rev. Bras. Epidemiol.*, 5(1): 108-115.

TEIXEIRA, M.G.; BARRETO, M.L.; GUERRA, Z., 1999. Epidemiologia e Medidas de Prevenção do Dengue. *Informe Epidemiológico do SUS*, 8(4): 5-33.

TEIXEIRA, M.G.; COSTA, M.C.N.; BARRETO, M.L.; FERREIRA, L.D.A.; VASCONCELOS, P., 2001. Validação da informação referida sobre acometimento de dengue e vigilância epidemiológica. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(1): 60-61.

VALLA, V.V., 1998. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad. Saúde Pública* vol.14 supl. 2, Rio de Janeiro.

WAGNER, W., 1999. Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In: *Texto em Representações Sociais* (P.Guareschi & S.Jovchelovitch, orgs.), pp. 149-186, Petrópolis: Editora Vozes, 5^a ed.

WALDMAN, E.A.; SILVA, L.J.; MONTEIRO, C.A., 1999. Trajetórias das Doenças Infecciosas: da Eliminação da Poliomielite à Reintrodução da Cólera. *Informe Epidemiológico do SUS*, 8(3):5-47.

WILLIAMS, R.,1990. *A Protestant Legacy: Attitudes to Death and Illness Among Older Aberdonians*. Oxford: Clarendon Press.

WINCH, P.; LLOYD, L.; GODAS, M.D.; KENDALL, C., 1991. Beliefs about the prevention of dengue and others febrile illness in Mérida, Mexico. *J. Trop. Med. Hyg.*, 94:377-87.

Amostra

Seqüência Completa de casas visitadas nos quarteirões 8, 11 e 13:

Quarteirão 8:

**3, 7, 12, 16, 20, 24, 29, 33, 37, 42, 46, 50, 54, 59, 63, 67, 72, 76, 80, 84, 89, 93,
97, 102, 106, 110, 114, 119**

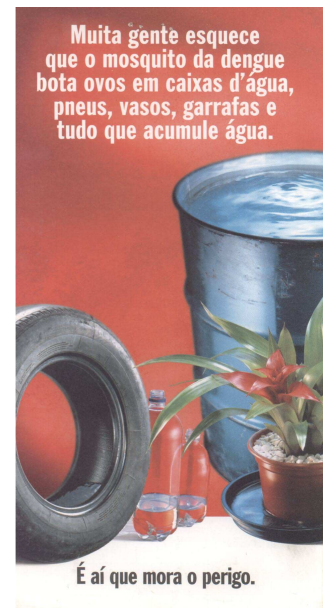
Quarteirão 11 :

**1, 4, 7, 11, 14, 17, 20, 24, 27, 30, 33, 36, 40, 43, 46, 49, 52, 56, 59, 62, 65, 68,
72, 75, 78, 81, 85, 88**

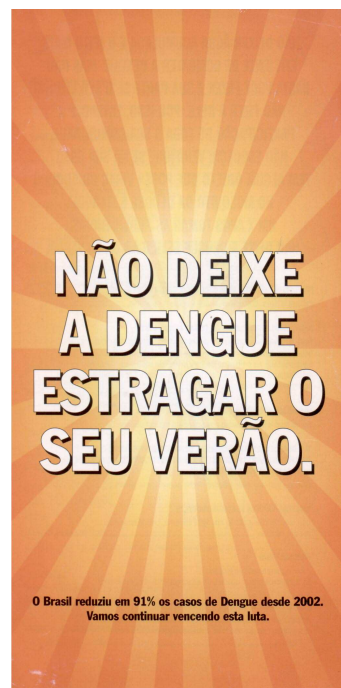
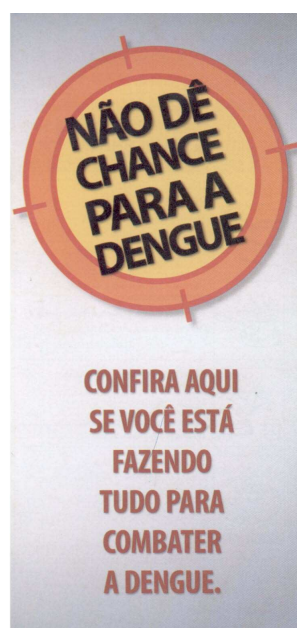
Quarteirão 13:

**4, 9, 13, 18, 23, 27, 32, 36, 41, 46, 50, 55, 60, 64, 69, 73, 78, 83, 87, 92, 97, 101,
106, 110, 115, 120, 124, 129, 134, 138, 143, 148, 152, 157, 161, 166, 171, 175,
180, 185, 189, 194, 198, 203, 208, 212, 217, 222, 226, 231, 235, 240, 245, 249**

FOLHETOS



Folhetos distribuídos na campanha de 2002



Folhetos da campanha de 2005

ANEXO III

ARTIGOS