



**IZABELLA DE LOURDES GATTINI RIBEIRO**

**SABERES E PRÁTICAS SOBRE DENGUE NA ATENÇÃO  
PRIMÁRIA EM SAÚDE: UM ESTUDO QUALITATIVO**

**LAVRAS – MG**

**2019**

**IZABELLA DE LOURDES GATTINI RIBEIRO**

**SABERES E PRÁTICAS SOBRE DENGUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:  
UM ESTUDO QUALITATIVO**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias, para a obtenção do título de Mestre.

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christiane Maria Barcellos Magalhães da Rocha  
Orientadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Márcia Pereira Dourado  
Coorientadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jacqueline Magalhães Alves  
Coorientadora

**LAVRAS – MG  
2019**

**Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da Biblioteca  
Universitária da UFLA, com dados informados pelo(a) próprio(a) autor(a).**

Ribeiro, Izabella de Lourdes Gattini.

Saberes e práticas sobre dengue na Atenção Primária em  
Saúde: Um estudo qualitativo / Izabella de Lourdes Gattini Ribeiro.  
- 2019.

58 p. : il.

Orientador(a): Christiane Maria Magalhães da Rocha.

Coorientador(a): Stela Márcia Pereira Dourado, Jacqueline  
Magalhães Alves.

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Federal de  
Lavras, 2019.

Bibliografia.

1. Dengue. 2. Saberes. 3. Práticas. I. da Rocha, Christiane  
Maria Magalhães. II. Dourado, Stela Márcia Pereira. III. Alves,  
Jacqueline Magalhães. IV. Título.

O conteúdo desta obra é de responsabilidade do(a) autor(a) e de seu orientador(a).

**IZABELLA DE LOURDES GATTINI RIBEIRO**

**SABERES E PRÁTICAS SOBRE DENGUE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE:  
UM ESTUDO QUALITATIVO**

**KNOWLEDGE AND PRACTICE ABOUT 'DENGUE' ON PRIMARY CARE: A  
QUALITATIVE STUDY.**

Dissertação apresentada à Universidade Federal de Lavras, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Ciências Veterinárias, para a obtenção do título de Mestre.

APROVADA em 20 de setembro de 2019.

Dr. Fábio Raphael Pascotti Bruhn

UFPEL

Dr<sup>a</sup>. Joziana Muniz de Paiva Barçante

UFLA

Dr<sup>a</sup>. Miriam Monteiro de Castro Graciano

UFLA

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Christiane Maria Barcellos Magalhães da Rocha  
Orientadora

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Stela Márcia Pereira Dourado  
Coorientadora

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Jacqueline Magalhães Alves  
Coorientadora

**LAVRAS – MG  
2019**

## **AGRADECIMENTOS**

Gratidão, um dos mais nobres sentimentos que podemos ter ao reconhecer o quão importante alguém se faz.

Agradeço e reconheço que minha caminhada nesta vida não existe sem a presença de Deus, sem Ele nada faz sentido.

A minha orientadora Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup> Christiane, Kity, por sua amizade, carinho e confiança em meu trabalho, seu exemplo de vida, perseverança e amor ao ser humano sempre levarei comigo, como é maravilhoso ter você em minha história, não há palavras para descrever minha gratidão por tudo que tem feito por mim.

A minha coorientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Stela, sua alegria e determinação em superar obstáculos fortalecem meus sonhos, gratidão por nunca desistir de mim.

A minha coorientadora Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Jacqueline, sua simplicidade e amor em tudo o que faz é contagiante, agradeço pela confiança e respeito ao meu trabalho.

A UFLA por abrir esta oportunidade em minha caminhada profissional.

Ao PPCV em sua visão multiprofissional permitiu a qualidade do desenvolvimento desta pesquisa.

A secretaria municipal de Saúde de Lavras pela confiança em meu trabalho e a abertura de oportunidades para o desenvolvimento de estudos com a comunidade.

As ESF principalmente as que aceitaram participar dos GF, o carinho e confiança depositados na pesquisa desenvolvidas foram a base para a realização deste sonho.

A prefeitura municipal de Ijaci por acreditar em meu trabalho como servidora pública e oferecer caminhos para capacitações profissionais.

Amizades que se fazem nos laboratórios, corredores e salas de aula, as que são capazes de sobreviver as angústias e anseios por bons resultados, as que entendem os silêncios, alegrias e lágrimas e que passam a fazer parte das melhores recordações que podemos ter para contar no nosso livro da vida, agradeço.

*Aos meus pais, Marco Antônio e Vera*  
*A minha madrinha, Mãe Cida*  
*Aos melhores presentes que Deus me deu Alexander e Arthur*  
*Com muito amor e gratidão*  
*Dedico.*

“Deus é bom o tempo todo. E o tempo todo Deus é bom.”

(Salmo 37:5)

## RESUMO

O vírus dengue no Brasil desafia a saúde pública e atinge cada vez mais brasileiros, fazendo-se presente em todos os Estados do país com a intensa proliferação de seu vetor, *Aedes aegypti*. Esse estudo teve como objetivo identificar, descrever e analisar saberes e práticas sobre a dengue e seu controle dos diferentes atores sociais, que participam da Atenção Primária em Saúde (APS): Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate a Endemias (ACE) e população adscrita em ESF (Estratégia de Saúde da Família). Para tanto, foi realizada pesquisa descritiva, de caráter exploratório, em uma abordagem qualitativa. Nesta linha, buscou-se identificar por representações sociais essa situação problema. Foram escolhidos os ESF que apresentaram as maiores incidências de dengue, no município de Lavras/MG em suas áreas de abrangência em 2019, buscando privilegiar áreas em que a população está atingida pela doença. Definiu-se como método para a coleta de dados a entrevista aberta aplicada na forma de roda de conversa aplicada a um Grupo Focal (GF), além de visitas aos locais que foram citados na entrevista como focos do mosquito nos bairros e análises da legislação municipal para triangular as informações. As teóricas Bardin e Minayo referenciaram o processo de análise de dados. Para tanto, foi realizada coleta de dados em três ESF, que foi o suficiente para a saturação de ideias. Os resultados apontaram que os saberes e práticas de prevenção ao dengue associam-se mais a fatores de responsabilização de setores públicos, do que ao próprio indivíduo. A divulgação de conhecimento sobre criatórios do *A. aegypti* e cuidados gerais dentro de casa para o controle são eficientes e sempre citadas com conteúdos bastante consolidados e divulgados. Porém, questões básicas de higiene e cidadania extra-domicílio e mesmo intra-domicílio ainda são desconhecidos da população em geral, e melhores entendidas pelos profissionais. Há diferença entre saberes dos profissionais de saúde e população em geral. Mas, observa-se um traço cultural geral de responsabilizar a outros as causas do problema e a necessidade de uso de multas como forma de responsabilizar quem não cumpre seu papel no controle da doença ou do vetor. Os resultados indicaram que, para a eficácia do controle da doença, torna-se necessário aperfeiçoamento das medidas de controle vetorial a partir de investimentos, tanto em programas de melhorias na infraestrutura urbana, quanto nas ações de informação e educação em saúde que devem extrapolar além do comportamento do morador e do controle intra e extra-domiciliar do vetor, ações municipais capazes de evitar áreas públicas ou particulares de foco do *Aedes* e responsabilização de facilitadores da proliferação deste.

**Palavras-chave:** Saúde Pública. Representações Sociais. Arboviroses. Percepção. *Aedes*.



## ABSTRACT

Dengue virus challenges public health in Brazil and more and more Brazilians are being affected. It is present in all states of the country with an intense spread of its vector, *Aedes aegypti*. This study aimed to identify, describe and analyze knowledge and practices about dengue and its control on different social actors which take part in Health Primary Attention (APS): health community agents (ACS), endemic fighter agents (ACE) and population added to (ESF) family health strategy. Therefore, a descriptive exploratory nature research was carried out in a qualitative approach. In this line, we searched for identifying that problem situation through social representations. The ESF (family health strategy) which presented the highest incidence of dengue was chosen in the city of Lavras/MG and the surroundings in 2019, in order to favor areas where the people are being affected by the disease. An open interview applied to a focal group (GF) was defined as a method for collecting data, in addition to visits to the places mentioned in the interviews as the mosquito focus in the neighborhood and the city legislation analysis to cross information. The theoretical Bardin and Minayo made reference to the data analysis process. Therefore, a collection of data was carried out in three ESF and was enough to saturate it with ideas. The results point out that knowledge and preventive practices on dengue are more connected to responsibility factors from public sectors than to the individual itself. The knowledge dissemination about breeders of *A. aegypti* and general internal care for the control are efficient and always mentioned with contents quite consolidated and diffuse. Nevertheless, basic questions on hygiene, external or even internal home citizenship are still unknown by the population in general and better understood by experts. There is difference between experts' and the people's knowledge as a whole. However, it is noticed a general cultural trait in holding others responsible for the problem causes and the necessity of using fines as a way to hold those who do not play the role responsible for the disease or the vector control. The results indicated that measures improvement of vector control becomes necessary for the disease control efficiency from investments in both programs of urban infrastructure improvement and actions of education and information on health that should go beyond the resident behavior and the external or internal home control of the vector-city actions which are able to avoid *Aedes* focus in public or private areas and hold favorable factors responsible for spreading them.

**Keywords:** Public Health; Social Representations; Arboviruses; Perception; *Aedes*.

## LISTA DE SIGLAS

AC	Análise de Conteúdo
ACE	Agente Comunitário de Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DENV – 1	Dengue Vírus do Sorotipo 1
DENV – 2	Dengue Vírus do Sorotipo 2
DENV – 3	Dengue Vírus do Sorotipo 3
DENV – 4	Dengue Vírus do Sorotipo 4
DENV – 5	Dengue Vírus do Sorotipo 5
DMV	Departamento de Medicina Veterinária
DNPCEP	Diretrizes Nacionais para o Controle e Prevenção de Epidemias
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
RR	Roraima
RS	Representação Social
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TRS	Teoria das Representações Sociais
UFLA	Universidade Federal de Lavras
VS	Vigilância em Saúde

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Panfleto educativo “10 minutos contra a dengue” .....	28
Figura 2 – Locais citados nas rodas de conversa como importante focos de Aedes nos bairros de maior incidência de dengue em Lavras/MG, 2019 .....	45
Gráfico 1 - Casos de dengue no município de Lavras, Minas Gerais, 2012 a 2019.....	21
Gráfico 2 - Casos de dengue notificados nos bairros de Lavras, Minas Gerais, 2019 .....	24
Quadro 1 - Caracterização das ESF e dos bairros estudados Lavras/MG, 2019 .....	25
Quadro 2 - Etapa 2 do Grupo Focal – Guia de Perguntas sabere e práticas o dengue.....	27
Quadro 3 - Detalhamento das formulações anteriores a categorização final .....	30
Tabela 1 - Caracterização dos Grupos Focais .....	32

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>2</b>	<b>FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
<b>2.1</b>	<b>A doença .....</b>	<b>16</b>
<b>2.2</b>	<b>Vetores .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.1</b>	<b><i>Aedes aegypti</i> .....</b>	<b>18</b>
<b>2.2.2</b>	<b><i>Aedes albopictus</i> .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3</b>	<b>Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemia de dengue..</b>	<b>19</b>
<b>2.4</b>	<b>Dengue no município de Lavras, Minas Gerais.....</b>	<b>20</b>
<b>2.5</b>	<b>Teoria das Representações Sociais.....</b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>23</b>
<b>3.1</b>	<b>Unidades de observação .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2</b>	<b>População estudada.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>Coleta de dados.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.1</b>	<b>Entrevistas com Grupos Focais e Rodas de Conversa .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.2</b>	<b>Vistas in loco.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.4</b>	<b>Levantamento de documentos.....</b>	<b>26</b>
<b>3.4</b>	<b>Análise dos dados .....</b>	<b>299</b>
<b>4</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>32</b>
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>49</b>
	<b>REFERENCIAS .....</b>	<b>51</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>58</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O dengue no Brasil se torna cada vez mais frequente, seu vetor, o mosquito *Aedes aegypti*, é identificado em todos os Estados brasileiros (Brasil, 2015). Caracterizada como uma arbovirose urbana, com transmissão limitada a distribuição de seu vetor e a susceptibilidade do seu hospedeiro, o ser humano (Jansen e Beebe, 2010), a doença apresenta dinâmica comportamental diretamente relacionada às questões ambientais, sociais e econômicas (Zara et al, 2016) fatos estes, que as torna uma importante questão de saúde pública, exigindo mobilização, capacitação e constante troca de informações entre gestores, profissionais da saúde e comunidade.

Há um esforço contínuo do Ministério da Saúde (MS) pela estruturação dos serviços para atender esta complexa e crescente demanda de proteção a vida (Facchini, Tomasi e Dilélio, 2018) e na tentativa de inserir a sociedade nas ações de controle desta doença, o governo investe em campanhas de publicidade e propaganda como forma de conscientização e responsabilização da população (MAFRA e ANTUNES, 2015).

Medidas de prevenção e o controle do vetor são adotadas e acontecem por meio de um conjunto de ações desenvolvidas por Agentes de Combate a Endemias (ACE) e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) junto à comunidade. Estes profissionais são interlocutores e disseminadores do conhecimento e práticas de saúde (Souza et al., 2018).

Mesmo com tantos esforços, ainda existem muitos desafios a serem solucionados pelo poder público. Observa-se a falta de efetividade do controle da dengue em vários municípios brasileiros. É reconhecida a necessidade da participação de todos os atores sociais (profissionais de saúde e população em geral) para a eliminação dos focos do mosquito e controle dos casos de dengue. Pois, os criatórios do vetor estão presentes tanto nas residências, quanto em locais públicos. Dessa forma, o desconhecimento ou até mesmo descuidos da população em geral são fatores determinantes da situação epidemiológica de cada área. Assim, saberes e práticas dos atores sociais da Atenção Primária à Saúde (APS) são importantes de ser estudados para buscar novas formas de melhoria nas ações de educação sanitária, que sejam mais efetivas. A organização das ações integradas de combate à doença é responsabilidade partilhada entre as equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e Vigilância em Saúde (VS). Assim, a APS assume a responsabilidade de desenvolver ações de saúde individual e coletiva, dirigidas à população por meio de práticas do cuidado integrado e gestão qualificada de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e monitoramento de agravos (MENDES, 2012).

Nesta linha, justificou-se a escolha do município de Lavras, MG para a realização desta pesquisa, pela facilidade de ser município sede da Universidade Federal de Lavras (UFLA) e, ainda, ser um exemplo de outros municípios que apresentaram aumento significativo de incidência de casos de dengue no ano 2019 ao ser comparado aos anos anteriores. Ou seja, em que o controle da doença não está sendo efetivo. Observa-se a necessidade de se identificar o que sabem e fazem, tanto profissionais da saúde, quanto da comunidade, capazes de promover melhorias para a proteção da saúde durante o enfrentamento desta arbovirose. E há grandes possibilidades de que a realidade dos saberes e práticas de Lavras/MG possam ser extrapoladas para outros, considerando, que as formas de controle da dengue, treinamento dos profissionais da atenção primária de saúde e informações de educação sanitária à população em geral são padronizadas para todo o Brasil por meio das ações do Sistema Único de Saúde (SUS)

Com isto, delineou-se a questão de pesquisa, considerando-se a importância da relação Saber-Prática, no sentido de que haja reflexão sobre as ações, que promovem a saúde na comunidade: o que os atores sociais da Atenção Básica de Saúde (profissionais da saúde e comunidade) sabem sobre dengue e sua transmissão e o que fazem para prevenir e controlar o vetor.

## OBJETIVOS

### Geral

Identificar, descrever e analisar os saberes e práticas dos diferentes atores sociais que participam da APS (ACE, ACS e comunidade) sobre a dengue e seu controle no município de Lavras, MG.

### Específicos:

- Caracterizar o conhecimento de diferentes atores sociais (ACE, ACS e comunidade) sobre dengue e sua transmissão;
- Identificar os saberes e as práticas no que se refere a prevenção e controle de *Aedes aegypti*;
- Comparar o saber e a prática sobre o controle da dengue e de *Aedes aegypti* pelos profissionais de saúde e comunidade;
- Avaliar entraves culturais e técnicos na execução eficaz do controle.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 A doença

O dengue é uma arbovirose de grande impacto na saúde humana, colocando em risco aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas no mundo (BRASIL, 2009). Para que sua transmissão aconteça tornam-se necessários três componentes básicos: o vírus, o vetor e o hospedeiro susceptível.

A origem do termo dengue ainda é confusa, por um lado, acredita-se que sua origem foi no continente Africano, entre os anos de 1927 e 1928, como forma de descrever agravos à saúde dos ingleses durante expedições às Índias Ocidentais e Espanholas (NUNES e SANTOS, 2015). Por outro lado, alguns estudiosos como Lourenço et al. (2009) defendem que o dengue teve sua origem na dinastia Chin (221 a.C. – 206 a. C.), identificada na Enciclopédia Chinesa de Doenças como uma doença febril. Assim também, Rigau-Pérez (1998) descreve o dengue como “febre quebra ossos”, relacionando-a com sinais e sintomas de febre, artralgias, mialgias, exantemas na pele, hemorragias e astenia prolongada, corroborando com o conceito defendido pelo Ministério da Saúde (2012).

No Brasil, pesquisadores registraram a ocorrência da doença no ano de 1982, na cidade de Boa Vista (RR), logo, no ano 1986, o Estado do Rio de Janeiro notificou casos que se dispersaram para outras regiões do país (FIGUEIREDO, 2012). Registros datados do ano de 1987, confirmam a primeira notificação de dengue no Estado de Minas Gerais, sendo que desde então as notificações se intensificaram a cada ano. No ano de 1998 ocorreu a primeira epidemia da doença enfrentada no Estado (MINAS GERAIS, 2009).

Transmitido por mosquitos fêmeas hematófagas do gênero *Aedes*, o vírus pertence ao gênero Flavivírus, família *Flaviviridae*, além de apresentar cinco sorotipos virais DENV – 1, DENV – 2, DENV – 3, DENV – 4 e DENV – 5 (MUSTAFA et al., 2015). Sua multiplicação ocorre no intestino médio do vetor e atinge suas glândulas salivares, assim, a transmissão da doença ocorrerá enquanto o mosquito viver (BARTH, 2000).

E a partir deste momento o mosquito sofre grande impacto em seu ciclo de vida, conforme defendido por Maciel, Koella e Lourenço (2011) que após a realização de um estudo observacional com 500 fêmeas de *Aedes aegypti* infectadas pelo vírus dengue, identificaram a redução da média de dias de vida do mosquito, passando de 42 para 23 dias, assim também aconteceu com os ovos, que apresentaram redução significativa passando de 95% para 75% o desenvolvimento de ovos fecundados, todavia, na tentativa de se defender do



vírus e também como forma compensatória a estas perdas, a capacidade de locomoção do *Aedes aegypti* infectado é aumentada, permitindo uma maior frequência de postura de ovos infectados.

O período de incubação do vírus dengue nos humanos é de quatro a sete dias, podendo variar entre três a 14 dias. Neste período, o paciente pode ou não apresentar sintomas. As manifestações clínicas mais comuns do vírus dengue no organismo humano são: febre alta de início súbito, mialgia, cefaleia, exantema, prostração e dor retro orbital, alguns pacientes podem evoluir para dengue com sinal de alarme, ou seja, apresentam todos estes sintomas acompanhados de hemorragias, alterações no fígado, rins e sistema respiratório e gastrointestinal (BRASIL, 2016). Há também a classificação da doença como dengue grave ou síndrome do choque da dengue, uma forma mais grave desta arbovirose, uma vez que, provoca alterações nos níveis pressóricos e suprimento sanguíneo aos órgãos vitais do organismo humano, podendo levar o paciente a óbito no período entre quatro e seis horas, exigindo uma intensificação dos cuidados médicos prestados ao paciente (SILVA; FERREIRA, 2010).

Tem como hospedeiro vertebrado o ser humano e outros primatas, no entanto, as manifestações clínicas da doença aparecem apenas no ser humano (LANA E CARNEIRO, 2011). Bhatt et. al (2013), enfatizam que aproximadamente 70% dos pacientes não buscam o atendimento médico mesmo apresentando sintomas da doença. Esta por sua vez, possui espectro clínico de ampla variação, podendo ser classificado como assintomático e sintomático.

Não há um tratamento específico para os pacientes diagnosticados com o dengue, a prescrição de medicamentos atua como medida de bem-estar durante os picos febris e de dor, logo prevalece a indicação de intensificação de hidratação e ingestão de alimentos saudáveis (OLIVEIRA e DIAS, 2016).

O crescimento acelerado dos centros urbanos e a falta de responsabilidade da população em eliminar focos do vetor no ambiente doméstico, são tidos como justificativa para a dispersão do dengue (Lima-Camara, 2016 e Santos e Augusto, 2011).

Programas de mobilização social, medidas educativas e ações governamentais destinadas ao controle desta doença por muitas vezes não alcançam resultados satisfatórios e colocam em risco a saúde da população que sobrevive em cidades com precárias condições de saneamento básico, coleta de lixo e abastecimento de água, fatores que também colaboram para tornar o dengue um grande desafio a ser resolvido tanto pelo poder público quanto pela comunidade (HALSTEAD, 2007).

## 2.2 Vetores

Há três subgêneros do gênero *Aedes* responsáveis pela transmissão do vírus dengue, a *Stegomyia* (espécies *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* e *Aedes polynesiensis*) Finlay e *Diceromyia* (Gluber, 1997). O principal vetor desta arbovirose no Brasil é o *Aedes aegypti*, no entanto há também a transmissão desta doença em outros países pelo mosquito *Aedes albopictus* (LORENÇO-DE-OLIVEIRA et al, 2004). Ambos com semelhança comportamental, porém com diferenças na forma de transmissão de arboviroses e propagação da espécie (FORATTINI, 2002).

### 2.2.1 *Aedes aegypti*

O *Aedes aegypti* encontra-se distribuído em todos os estados brasileiros, ou seja, está presente em 4.523 municípios do Brasil (ZARA et al, 2016). De origem africana, mais especificamente da Etiópia, o *Ae. aegypti* se define como um inseto da ordem *Diptera*, família *Culicidae* e gênero *Aedes*, se adaptou facilmente a aglomerados urbanos, acompanhado todo o processo de globalização e migração do ser humano (Neves et al, 2011) alcançou o continente americano, o sudeste asiático e toda a Índia (KRAEMER et al, 2015).

Um mosquito extremamente oportunista capaz de utilizar qualquer depósito de água, seja natural ou artificial, para oviposição (Castro et. al., 2013), principalmente em depósitos encontrados com facilidade em residências, tais como, calhas, piscinas, pneus, lixo entre outros depósitos de água tidos como reflexo da desordem da urbanização, que se acumulam nas cidades (SOBRAL e PENHA, 2019). Desta forma é no ambiente urbano que o *Aedes aegypti* encontra condições favoráveis para a disseminação da espécie, uma vez que, a fêmea do mosquito alimenta-se de sangue humano e se reproduz em depósitos artificiais (ZARA et al, 2016).

### 2.2.2 *Aedes albopictus*

*Aedes albopictus* vetor de origem asiática (Kraemer et al, 2015), com prevalência em habitat rural, semisilvestre e silvestre, de reprodução em depósitos naturais e alimentação de néctar, sangue de animais silvestres e humanos (MOORE et al, 2007).

O primeiro registro de *Aedes albopictus* no Brasil aconteceu em 1986, no estado do Rio de Janeiro (Forattini, 2002), sugere-se que o vetor veio em cargas de pneumáticos inservíveis provenientes dos EUA, trazidas em navios (Estrada – Franco e Craig, 1995), disseminando-se para os estados de Minas Gerais e São Paulo e, em 1987 para o estado do Espírito Santo, e desde então realiza-se a vigilância deste mosquito em todos os municípios brasileiros, detectando-se sua presença de em 3.285 municípios brasileiros sendo ausente apenas nos estados do Sergipe, Acre, Amapá e Roraima (CARVALHO, LOURENÇO-DE-OLIVEIRA e BRAGA, 2014).

Em outros países como Tailândia, Japão, Indonésia e Malásia (Hawley, 1988) Havaí (Effler et al., 2005) e no continente europeu (Field et al., 2010; LA Ruche et al., 2010 e Wymann et al., 2008) o *Ae. albopictus* é considerado como capaz de transmitir o vírus dengue entre outras arboviroses (GRATZ, 2004 e PAUPY et al., 2009), fato este que corrobora com as ações de monitoramento e prevenção a proliferação da espécie no país.

### **2.3 Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias da dengue**

Em 2009, o MS e o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e Secretaria de Vigilância em Saúde (VS), apresentaram as Diretrizes nacionais para a prevenção e controle de epidemias da dengue como medida de intensificação das ações desempenhadas pelas três esferas de governo contra a proliferação do vetor *Aedes aegypti* e acometimento da saúde dos brasileiros (BRASIL, 2009).

Neste processo, foi proposta a integração das equipes atuantes tanto na VS quanto nas ESF, ou seja, buscou-se a participação conjunta dos ACE e ACS no desempenho de funções para melhorar a proteção à saúde da população (BRASIL, 2002; HARTZ e CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Embasados nas Diretrizes Nacionais para a prevenção e controle de epidemias do dengue e na Portaria nº1.007/GM de 2010 (BRASIL, 2010), os municípios tiveram a oportunidade de ampliar as responsabilidades dos ACE e ACS, potencializando suas atividades laborais. Todavia, esta portaria não apresentou de forma detalhada as funções de cada profissional atuante na APS, sendo assim considerada como risco a ser assumido pelos gestores de saúde e governantes (Pessoa et. al, 2016).

Restringiu-se ao trabalho dos ACE simplesmente o controle de endemias (Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2010) e o trabalho do ACS à visita domiciliar,

desconsiderando suas efetivas participações nas ações de educação em saúde, uma vez que são corresponsáveis pela qualidade de vida da população adscrita em sua área de atuação profissional. Além disso, ao ACS é atribuída a responsabilidade de intermediar as potenciais necessidades do indivíduo e o atendimento de saúde ofertado pela ESF, com a finalidade de proteger e promover o cuidado através de medidas de reabilitação e acompanhamento do indivíduo (ÁVILA, 2011).

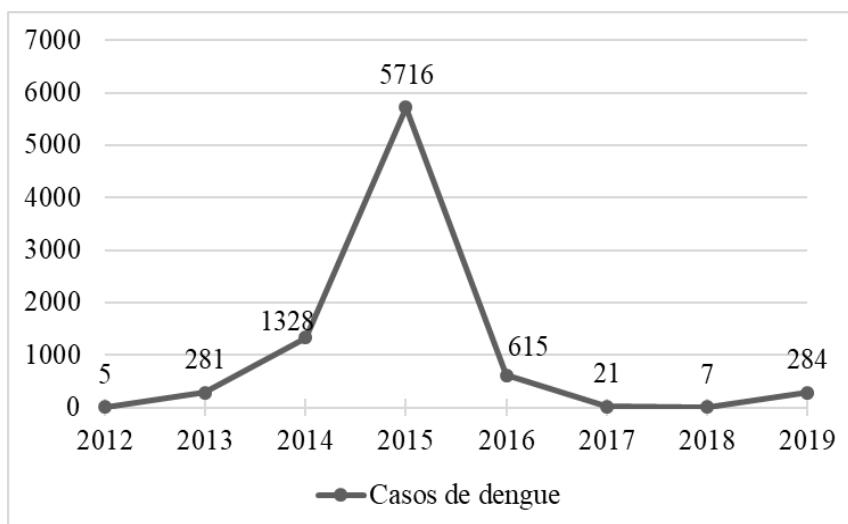
As ações de VS e ESF devem ser complementares, para assim tornar possíveis ações conjuntas capazes de atender as necessidades de saúde de cada comunidade na APS. Para tanto, é indispensável a elaboração de fluxos de trabalho que sejam eficazes e compatíveis com o quadro de ACE e ACS atuantes em cada município, uma vez que, o objetivo destas ações é intensificar o trabalho e evitar a repetição de tarefas, tornando-as complementares (LIBANIO, et. al. 2014).

Os estudos defendidos por Cazola et al. (2011) evidenciaram que o acúmulo de programas a serem executados pelos ACS e ACE não prejudicaram seu desempenho laboral, ao contrário, estreitaram vínculos profissionais, garantindo melhor atendimento ao usuário dos serviços executados por estes profissionais.

#### **2.4 Dengue no município de Lavras, Minas Gerais**

Situado na região do Campo das Vertentes, sul de Minas Gerais, a cidade de Lavras apresenta uma área de 566,1 km<sup>2</sup> e população estimada de 102.728 habitantes em 2018 (IBGE, 2018). A análise dos dados referentes aos casos de dengue no município no período de 2012 a 2019 permitiu a compreensão de que os municípios são frequentemente acometidos por esta arbovirose. Os anos 2014 e 2015 apresentaram maior registro de casos comparados aos anos anteriores. A SMS de Lavras tem em seu quadro, departamentos de Controle de Dengue, Vigilância Ambiental, Vigilância Epidemiológica, além da ESF que atuam na prestação de serviços da APS no município.

Gráfico 1 - Casos de dengue no município de Lavras, Minas Gerais, 2012 a 2019



Fonte: SINAN-ONLINE/SRS-VGA. Acesso em: 16/09/2019.

Os poderes legislativo e executivo do município atuam em conjunto para a prevenção e combate ao vetor *Aedes aegypti*, estes atuam na elaboração e execução de leis de incentivo as ações de prevenção e combate ao mosquito, de reconhecimento aos profissionais de saúde que atuam na APS municipal e promovam a educação em saúde ambiental (LAVRAS, 2019).

## 2.5 Teoria das Representações Sociais

O teórico Moscovici, descreveu pela primeira vez a Teoria das Representações Sociais (TRS) na década de 50, estabelecendo novos olhares científicos para as práticas da psicanálise, que a partir daí se expande para demais áreas das ciências sociais e humanas, propondo estudo científico do senso comum (Wachelke e Camargo, 2007). Assim, tornou-se possível estabelecer uma ponte entre o saber científico e a prática cotidiana do ser humano inserido em sua comunidade, recebendo influências do ambiente que o cerca.

Marková (2017) defende a ideia de que a representação social (RS) é formada por um rico conjunto de pressupostos presentes no emprego das práticas profissionais, como educação, política e saúde, permitindo assim uma contribuição única para as ciências sociais e humanas na busca pela fusão das questões sócio históricas e culturais específicas da comunidade.

Ao definir as RS como referencial teórico deste estudo, compreendeu-se que a interferência entre o senso comum e o conhecimento científico, proporciona melhorias nos

saberes e práticas do indivíduo (CRUSOÉ, 2014), ou seja, é a explicação teórica da prática cotidiana formada por diferentes atores sociais que partilham as mesmas condições de vida.

Parece fora de dúvida que a mobilização de tais Representações Sociais realmente aconteça, em todas as ocasiões e lugares, onde as pessoas se encontram informalmente e se comunicam: no café da manhã, no almoço e no jantar, nas filas de ônibus, do banco e do supermercado; no trabalho, na escola e nas salas de espera, nos saguões, nos corredores, nas praças e nos bares, talvez, principalmente nos bares e botequins, em pé ou sentado, para um cafezinho, um happy hour, ou uma noitada “jogando conversa fora”. Faz simplesmente parte da vida em sociedade (Sá, 1993, p. 26).

Desta forma, considera-se a comunicação e o encontro entre as pessoas como pilares para a construção da RS, uma vez que, estas ações geram informações, que serão posteriormente compartilhadas, tornando-as conhecidas e inseridas no cotidiano da comunidade (DINIZ, et al, 2013). O objetivo das RS é tornar popular assuntos presentes em comunidades distintas, permitindo assim, a formação de pensamentos críticos e representativos de temas variados (FIGUEIREDO, CAVEDON E SILVA, 2013). Assim, considerou-se que a TRS possibilita uma melhor compreensão sobre o indivíduo, seus saberes e práticas cotidianas no ambiente em que vive (FERREIRA, 2016).

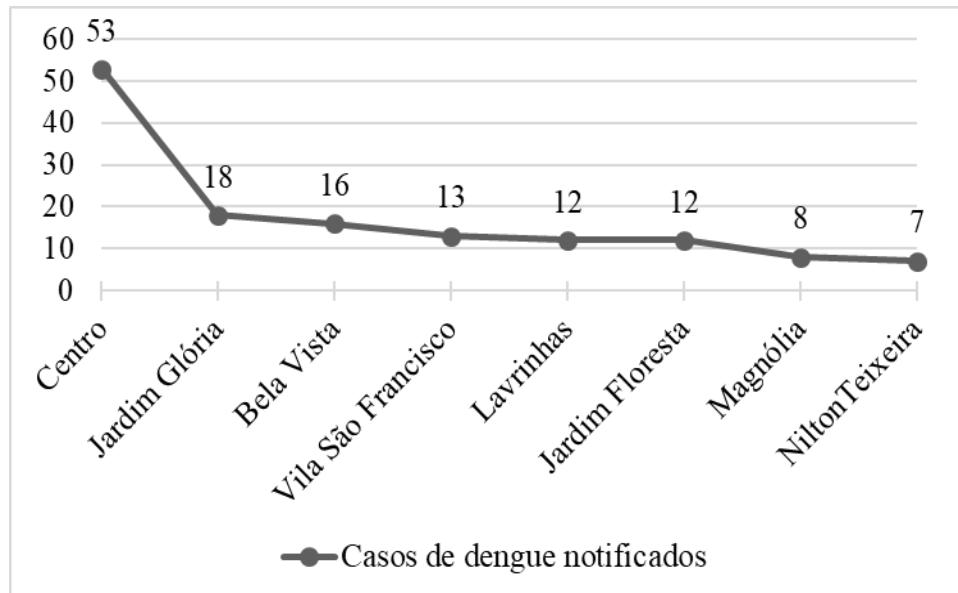
### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo caracteriza-se como descritivo de caráter exploratório, de natureza qualitativa. Para isso, o método de pesquisa adotado para este estudo foi o grupo focal (GF) que por sua vez, caracteriza-se como uma técnica que visa interagir os sujeitos de pesquisa e o pesquisador durante a discussão de um determinado assunto proposto, formando uma roda de conversa conduzida por questões norteadoras propostas por um moderador, capaz de intermediar a observação ativa e a entrevista na sua essência (BOCCATO e FERREIRA, 2014). O Comitê de Ética em Pesquisa da UFLA, aprovou o presente estudo sob o CAAE nº 16215019.4.0000.5148 do Conselho Nacional de Saúde.

#### **3.1 Unidades de observação**

O estudo foi realizado no município de Lavras, situado no Campo das Vertentes, na zona Sul do Estado de Minas Gerais. O município possui 298 bairros divididos em 157 urbanos e 141 rurais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018) que se inserem em 17 ESF - sendo um na zona rural. Considerando-se as 16 ESF urbanas, escolheu-se como unidade de observação de estudo, as ESF com maior número de casos suspeitos de dengue notificados no ano 2019, no entanto, não houve como comparar com ESF controle, pois todas as unidades de ESF do município apresentaram registros de paciente com dengue. Assim, optou-se por fazer a pesquisa nos bairros mais críticos para a proliferação do vetor e registro de casos humanos segundo informações do departamento municipal de Vigilância Epidemiológica e Controle de Dengue (GRÁFICO 2). Ou seja, com maior incidência de casos. Dessa forma, o número de ESF visitadas seria no mínimo três e no máximo 8 (oito), ou seja, 50% das ESF urbanas, que estariam representando os bairros do município com maior número de casos registrados no ano 2019. A saturação de ideias foi o método utilizado para definir o número de grupos focais suficientes.

Gráfico 2 - Casos de dengue notificados nos bairros de Lavras, Minas Gerais, 2019



Fonte: Departamento municipal de Vigilância Epidemiológica e Controle de Dengue, Lavras, 2019.

Inicialmente, contatou-se os responsáveis das ESF de abrangência nos referidos bairros. Como critérios de inclusão considerou-se, além das maiores incidências, a disponibilidade de agendamento para as ações propostas pelo estudo e a aceitação do mesmo pela equipe de cada unidade de observação. Assim, decidiu-se por três ESF: ESF Vale do Sol, ESF Jardim Floresta e ESF Vila São Francisco, nas quais foram estudados os bairros Bela Vista, Jardim Floresta e Vila São Francisco, respectivamente. As características dos bairros estudados estão no QUADRO 1.



Quadro 1 - Caracterização da Estratégia de Saúde da Família e dos bairros estudados, Lavras/MG, 2019.

ESF VALE DO SOL	Bairros atendidos: <b>Bela Vista</b> , Vale do Sol, Dona Odete, Alvorada, Jardim das Magnólias e Vila Rica.
	Famílias cadastradas: 1.497
	Equipe: 01 enfermeira, 02 técnica de enfermagem, 06 ACS, 01 recepcionista, 01 auxiliar de limpeza, 01 médico clínico geral, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 dentista e 01 auxiliar odontológico, 01 pediatra
	<b>Bairro Bela Vista:</b> 16 notificações de casos suspeitos de dengue (GRAFICO 1), 700 imóveis e 02 ACE (Departamento municipal de Vigilância Epidemiológica e Controle de Dengue, 2019).
ESF JARDIM FLORESTA	Bairros atendidos: <b>Jardim Floresta</b> , Jardim São Paulo, Bicame, Artur Bernardes, João Ribeiro e Costa Pinto
	Famílias cadastradas: 1.200
	Equipe: 01 enfermeira, 02 técnicas de enfermagem, 05 ACS, 01 auxiliar de limpeza, 01 médico clínico geral, 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 dentista, e 01 auxiliar odontológico.
	<b>Bairro Jardim Floresta:</b> 12 notificações de casos suspeitos de dengue (GRÁFICO 1), 1.365 imóveis e 02 ACE (Departamento municipal de Vigilância Epidemiológica e Controle de Dengue, 2019).
ESF VILA SÃO FRANCISCO	Bairros atendidos: Centro, <b>Vila São Francisco</b> e Jardim Glória
	Famílias cadastradas: 1.179
	Equipe: 01 enfermeira, 02 técnica de enfermagem, 05 ACS, 01 auxiliar de limpeza, 01 médico clínico geral, 01 pediatra 01 nutricionista, 01 fisioterapeuta, 01 educador físico, 02 dentistas e 01 auxiliar odontológico.
	<b>Bairro Vila São Francisco:</b> 12 notificações de cassos suspeitos de dengue (GRÁFICO 1), 1.302 imóveis e 02 ACE (Departamento municipal de Vigilância Epidemiológica e Controle de Dengue, 2019).

Fonte: Do autor – dados referentes as ESF obtidos verbalmente em cada equipe.

### **3.2 População estudada**

Os sujeitos estudados foram identificados como membros da comunidade, ACE e ACS que moram e/ou trabalham nos bairros de abrangência de cada ESF definida como unidade de observação desta pesquisa.

Para a seleção dos membros da comunidade foram realizadas palestras educativas em espaços comunitários das ESF estudadas, promovidas em parceria com integrantes do Núcleo de Estudos Saúde Única do DMV/UFLA - Departamento de Medicina Veterinária/Universidade Federal de Lavras sobre outros temas de importância para a saúde coletiva, exceto a dengue. Os temas foram sugeridos pela ESF. Dessa forma, durante as palestras os profissionais de saúde e população eram convidados a participar voluntariamente do GF. Os que aceitaram foram encaminhados para salas reservadas na unidade de cada uma das três ESF onde aconteceu o GF. Assim, os critérios de inclusão foram: ter mais de 18 anos, morar na área de abrangência do ESF e do bairro, ter disponibilidade de tempo. Como critério de exclusão apenas foi considerado a recusa de assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), após as explicações da pesquisa e leitura do documento pelos possíveis participantes.

Esta pesquisa baseia-se nos estudos de Souza et. al (2018), que defendem um número mínimo de seis indivíduos e máximo de 12 indivíduos participantes em cada grupo focal (GF), além do moderador, observador e relator, responsáveis em conduzir o grupo e captar informações necessárias para atender ao objetivo de pesquisa proposto. Desta forma, constituíram-se três GF com duração aproximada de duas horas cada grupo, com rodas de conversa flexíveis e não estruturadas, sob moderação das pesquisadoras com o propósito de intervir de maneira apropriada e efetiva, sem prejudicar a interação do grupo, conforme proposto por Barbour (2010).

### **3.3 Coleta de dados**

#### **3.3.1. Entrevistas com Grupos Focais- Rodas de Conversas**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas aplicadas em roda de conversa nos três GF, com perguntas propostas por Souza et. al. (2018), que permitiram a identificação das concepções, causalidade e práticas de prevenção da dengue. Os GF foram formados por um total de onze moradores, cinco ACE e dez ACS, incluindo duas pesquisadoras que assumiram uma a função de observadora e relatora (mestranda) e outra como moderadora (orientadora) do GF. Além de sete integrantes do Núcleo de Estudos Saúde

Única DMV/UFLA responsáveis pelas palestras ministradas nos espaços públicos de cada uma das ESF. Todas as rodas de conversa foram gravadas em áudio e vídeo.

A dinâmica do GF aconteceu em seis (06) etapas, conforme descrito por Veiga e Gondim (2006), estas serão apresentadas a seguir:

- Etapa 01: cada participante se apresentou informalmente aos demais – nome, atividade laboral, o que esperaram do GF, como avaliaram a situação do vírus da dengue e o controle do vetor *Aedes aegypti* no município etc. Nesta etapa também os participantes receberam informações gerais sobre a pesquisa – o que é? Como é? Quem faz? – além da leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes, ressaltando a garantia do anonimato em todos os momentos do estudo.

- Etapa 02: Aplicou-se verbalmente um guia de perguntas (QUADRO 2), previamente testado por Souza et al (2018) como intuito de colher informações sobre o conhecimento, atitude e prática da prevenção e controle da dengue e seu vetor *Aedes aegypti*.

Quadro 2 - Etapa 2 do Grupo Focal – Guia de Perguntas sobre saberes e práticas sobre a dengue, Lavras/MG, 2019

Conceito	O que sabe sobre dengue?
	O quê? Onde e quando (fonte e local de informação)?
	No seu bairro, tem ou já teve dengue? Onde?
Causalidade	O que causa/causou o dengue ?
	E no seu bairro?
	Que tipos de locais (criadouros) você relaciona com a presença do <i>Aedes aegypti</i> ?
Prevenção	O que você faz para evitar/prevenir a dengue?
	O que os outros fazem para evitar/prevenir a dengue?
	O que você acha que deveria ser feito para evitar/prevenir a dengue? E os outros?

Fonte: Do autor – espelhado nos estudos de Souza et al. (2018)

- Etapa 03: Formulou-se perguntas (Como o dengue pode ser transmitido? O que você faz para combater o dengue?), que foram respondidas por escrito em folhas de papel em branco distribuídas aos participantes. Conforme os estudos de Deslandes et. al. (2010), esta

técnica, conhecida como técnica nominal, permite que o indivíduo responda o que realmente sabe sobre o tema, sem sofrer influência dos demais participantes do grupo, preparando-os para posterior etapa do GF.

- Etapa 04: Distribuiu-se panfletos educativos (FIGURA 2) com o tema dengue, seu controle, prevenção e cuidados com a saúde.

Figura 1 - Panfleto educativo “10 minutos contra a dengue”



Fonte: <http://www.saude.mg.gov.br/dengue>

- Etapa 05: Discutiu-se sobre as informações recebidas na etapa 04 e pontuou-se o que mais chamou a atenção de cada participante - pontos positivos e pontos negativos – avaliando-se a sinceridade dos candidatos, a qualidade dos recursos audiovisuais, o tempo de informações, o impacto gerado no receptor da informação, etc. Logo após, para melhor avaliação da dinâmica de grupo reaplicou-se o questionário semiestruturado da etapa 02.

- Etapa 06: Para avaliar se houve mudança na percepção do participante durante as ações do GF, solicitou-se que cada um manifestasse verbalmente sobre o que mudou com a participação no GF.

Para dar suporte às análises dos saberes e práticas, levantados na roda de conversa do GF, fez-se visitas *in loco* em locais citados, pelos participantes, como situações críticas de foco do *Aedes aegypti* e verificou-se documentos oficiais, leis e diretrizes, adotados pela prefeitura municipal de Lavras como ações importantes para o controle da dengue no município.

### 3.3.2 Visitas *in loco*

Definiu-se para cada ESF um local do bairro que se destacou nas falas dos moradores durante o GF, após agendamento prévio de data e horário com as ACS, todas as visitas aconteceram o período vespertino, sendo duas em locais de acesso público e uma em um

terreno particular, de fácil acesso, sem restrições e/ou barreiras, fatos estes que permitiram a realização de todas as visitas.

As visitas *in loco* foram guiadas por ACS de cada uma das ESF e fotografadas, comparando-se, assim, as falas dos participantes dos GF com a realidade, averiguando-se o saber dos riscos, bem como a veracidade dos fatos vivenciados pelos sujeitos da pesquisa em cada ESF estudada e quais as práticas presentes tanto análise documental quanto nas ações dos servidores públicos municipais responsáveis pela a resolução.

### 3.3.3. Levantamento de documentos

A coleta destes documentos aconteceu após agendamento prévio de data e local, na sala da coordenação de endemias do município de Lavras, MG, juntamente com o coordenador de endemias e vigilância em saúde. Todos documentos concedidos para estudo estão presentes no sitio eletrônico da Câmara Municipal de Lavras (Lavras, 2015) e nos boletins epidemiológicos disponibilizados para análise no sitio eletrônico da Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais (Minas Gerais, 2009).

## 3.4 Análise dos dados

Sob a abordagem dos aspectos éticos de uma pesquisa qualitativa para preservar o sigilo das informações referentes a identificação e aspectos sociais dos participantes e as gravações das entrevistas realizadas durante das rodas de conversa dos GF foram transcritas na íntegra, codificadas e descartadas ao final deste estudo.

De acordo com os estudos de Minayo (2000), a transcrição e codificação das falas transcritas permite que se faça redução das frases mais significativas, elaborando-se assim, categorias capazes de preservar as mesmas características de temas ou expressões utilizadas pelos sujeitos pesquisados, de acordo.

Desta forma, os dados desta pesquisa foram analisados a partir da transcrição das falas e das repostas escritas conforme proposto nas etapas 02 e 03 dos GF e permitiram a categorização em temas sobre saberes, práticas e dificuldades na prevenção e controle da dengue, todavia, antes que se elaborasse as categorias, organizou-se as transcrições em subcategorias, fato este que permitiu agrupamento de ideias com características comuns entre si, conforme defendido por Liberato (2017) e apresentado na QUADRO 3.

Quadro 3 - Detalhamento das formulações anteriores a categorização final

Categories	Agrupamento inicial das transcrições em subcategorias
O saber	Saber popular
	A cultura local
	Dúvidas e incertezas
	Meios de comunicação
A prática	Ações desenvolvidas para a prevenção e controle da dengue
	Trabalho em equipe para o combate a dengue
	Reconhecimento do foco
	Conscientização / Educação ambiental
	O agir do poder público
Dificuldades na prevenção e controle da dengue	Conflitos entre profissionais e comunidade
	Resistência
	Sobrecarga de trabalho

Fonte: Do autor – espelhado nos estudos de Liberato (2017).

Durante este processo analítico, considerando-se as interações entre os moradores, ACE e ACS, buscou-se não só explicar os dados coletados, mas também compreendê-los como realidades inseridas em um meio social capaz de influenciar saberes e práticas sob perspectivas da TRS e AC.

A AC proporciona a oportunidade de descrição minuciosa e sistemática dos detalhes da interação social, oferecendo um forte complemento a pesquisa quando combinada com demais métodos qualitativos (POPE E MAYS, 2009), ou seja, a AC permite a observação de comportamentos e valores de referência para se discutir temas e modelos de pesquisa, confirmando-se hipóteses e mensagens ocultas presentes no discurso das experiências cotidianas do sujeito pesquisado (MINAYO, 2012).

Bardin (2011), ainda propôs um processo de estudo do material coletado, sugerindo que o pesquisador o fizesse em três fases (*pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados*). Assim na primeira fase da AC desta pesquisa, fez-se uma leitura flutuante de todas as transcrições obtidas nas rodas de conversa dos GF e a partir desta leitura demarcou-se as falas que se repetiram ou que apresentaram alguma semelhança entre si, agrupando-as em subcategorias que foram analisadas cuidadosamente de acordo com os objetivos propostos, posteriormente, iniciou-se a fase de exploração do material formando-se as categorias e codificando-se todos os registros anteriormente numerados, demarcados e recortados para assim se obter inferências e interpretações como resultado.

E a partir desta análise de registros em suas respectivas categorias, identificou-se as falas mais comuns relatadas por cada morador presente nos GF, permitindo assim uma busca ativa através das visitas in loco realizadas nos locais de destaque durante as falas dos moradores.

A intuição e a análise reflexiva dos pesquisadores estão presentes na terceira fase de AC proposta por Bardin (2011), desta forma obteve-se resultados condizentes com o que foi sugerido pela autora supracitada para análise do material coletado neste estudo, além de unir interpretações e inferências. Em face ao exposto, concorda-se com Liberato (2017) ao defender que bons resultados de uma pesquisa qualitativa só são possíveis quando se realiza uma boa categorização e análise de dados.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com este estudo pretendeu-se identificar, descrever e analisar saberes e práticas dos diferentes atores sociais, atentando-se aos seus dizeres e valorizando suas expectativas relacionadas a presente pesquisa. Acredita-se que o conhecimento e ações de controle da dengue presentes no dia a dia da comunidade podem abrir caminhos para a prevenção a desta doença, nessa direção, considera-se de fundamental importância o papel do profissional de saúde como disseminador de conhecimentos para a população e somados a este, as práticas cotidianas como experiências capazes de promover a saúde.

### 4.1. Roda de conversa com os grupos focais nas Estratégia de Saúde da Família, Lavras/MG, 2019.

Participaram deste estudo 26 indivíduos divididos em três GF (TABELA 1) todos os GF aconteceram em salas de espera das unidades de observação desta pesquisa, garantindo-se o conforto e o bem-estar dos participantes. No sentido de se preservar sigilo das informações os GF, bem como os ACE, ACS e moradores foram identificados com números.

Tabela 1 - Caracterização dos Grupos Focais

Participantes	Grupos Focais						Total (N=26)
	1 (n =11)		2 (n = 7)		3 (n = 8)		
	M	F	M	F	M	F	
ACS	0	5	0	3	0	2	10
ACE	1	1	0	1	2	0	5
Morador	3	1	1	2	2	2	11

ACS: agente comunitário de saúde; ACE: agente de combate a endemias; M: masculino; F: feminino; Morador: indivíduos residentes nos bairros das ESF participantes do presente estudo.

Fonte: Do autor – espelhado nos estudos de Souza et.al. (2018).

Dos profissionais de saúde que participaram dos GF, dez ACS (39%) e cinco ACE (19%), destes, doze (38%) eram do sexo feminino e três (12%) do sexo masculino. O predomínio de sujeitos do sexo feminino atuando como ACS, justifica-se pelo fato da imagem feminina estar culturalmente relacionada ao cuidado, conforme defendido por Baptistini e Figueiredo (2014). A idade dos profissionais de saúde variou entre 50 e 33 anos, 13 (87%) possuíam o ensino médio completo, a formação superior foi de 2 (13%) e o tempo de atividade laboral na função tanto de ACS quanto de ACE no município variou de 07 a 17 anos.



Logo, a análise de dados dos onze moradores (42,30 %) definiu-se com seis (23,07 %) participantes do sexo masculino e cinco (19,23 %) do sexo feminino. As idades variaram de 24 a 78 anos, destes, dois profissionais da saúde, um estudante de ensino superior na área da saúde e um balconista, os demais aposentados. O tempo de residência nos bairros pesquisados variou de 2 a 40 anos.

Acredita-se que o tempo de moradia no bairro abre caminhos para a socialização e atitudes de zelo pelo bem estar coletivo, percebeu-se que os moradores que residiam há mais tempo no bairro se envolveram com questões socioambientais e se mostraram como responsáveis em cuidar da praça como um bem maior da comunidade, um morador se apresentou como “tomador de conta da praça, por amor a natureza, a praça é nossa” (morador 1 GF1 que reside no bairro há aproximadamente 20 anos).

Nos últimos anos olhares se multiplicam para a relação ambiente e saúde humana, pesquisadores se debruçam sobre explicações da “vida cotidiana que acontece a partir de sua estruturação social, econômica, política e organização do setor saúde” (Minayo, 2002, p. 176), fato este presente desde a publicação da Carta de Otawa, no Canadá (Tobergte e Curtis, 2013) que por sua vez, propôs mudanças no cuidado da saúde humana, chamando a atenção para a saúde ambiental e as responsabilidades de cada indivíduo ali inserido.

Durante a realização das rodas de conversa foi possível observar a sincronia de falas e gestos de afirmação dos profissionais de saúde que também são moradores do bairro (02 ACS, 01 técnica em enfermagem e 01 enfermeira) estes demonstraram preocupação e indignação com a situação do bairro em relação aos demais, que não compreendem as responsabilidades de cada um:

“Claro, moro no bairro, mas tem muito vizinho, os menino vai lá fazer o serviço deles... eles acha que os agentes de endemias, os agentes comunitários tem que trabalhar pra eles, são empregados deles, pra limpar a horta deles, só que não é isso, entendeu? ... olha só que ignorância” (moradora 4, técnica em enfermagem, GF3).

“Eu moro na rua, aí a gente fica indignado quando aparece essa situação com a gente” (ACS1, GF2).

“Ontem mesmo, porque eu moro no bairro.... eu tava vendo o pessoal passou fazendo a coleta, só que o pessoal colocou lixo no chão ... eu fiquei bobo de ver os cara com vassoura e pazinha juntando o lixo que o pessoal põe no chão...” (ACE1 GF1).

“É um trabalho de formiguinha, eles tentam, mas muitas vezes a população não colabora né? (Moradora 3, enfermeira, GF3).

As atividades laborais dos ACE e ACS devem se complementar em função de um objetivo comum: a garantia do bem-estar social. Estes profissionais se encontram inseridos na comunidade, são identificados como a porta de entrada para as ações de promoção do cuidado e prevenção de agravos à saúde.

Durante o período não sazonal da doença, os ACE desenvolvem diversas atividades de rotina, essenciais para a elaboração de um plano de contingência capaz de mostrar a realidade de cada município nas ações de controle da proliferação do *Aedes aegypti*. Entre as atividades da vigilância epidemiológica estão incluídas o monitoramento da ocorrência de casos, dos óbitos e da circulação viral. Em relação ao controle vetorial, as ações compreendem as visitas nas residências, terrenos baldios, comércios, entre outros estabelecimentos considerados como risco para a proliferação do vetor do dengue.

É através do planejamento integrado das ações de promoção, prevenção e controle das doenças e agravos no seu território de atuação que os profissionais da APS se tornam capazes priorizar determinados perfis epidemiológicos e/ou ambientais como fatores de risco para a saúde da população e estabelecer medidas de prevenção e proteção a mesma. Como exemplo, pode-se citar as ações desenvolvidas pelos ACE e ACS durante o período de intensificação das notificações de pacientes com dengue no município onde será realizado o presente estudo.

Sabe-se que a aproximação do profissional da saúde nas questões comunitárias, melhoram o atendimento das necessidades de saúde da população, quando realizado com empatia e respeito ao ser humano, fato este que possibilitou melhor compreensão das questões de interrelação da equipe/comunidade/família, conforme defendido por Lima (2016).

O ato de compartilhar saberes, práticas e valores mediados pela qualificação do trabalhador permitem um processo de construção social de identidades, fato este que de uma forma subjetiva gera impactos nas políticas organizacionais e de gestão de trabalho, bem como nas formas de identificação dos trabalhadores (BATISTELLA, 2013).

### **Categoria 1: O saber**

**Subcategorias:** Saber popular, Cultura local, Dúvidas e incertezas, Meios de comunicação.

O saber nasce da prática e vice versa, há uma dinâmica que envolve este processo de aprendizado em dar sentido ao que se faz, por muitas vezes, o que se faz é algo dito e ensinado pelo outro, como exemplo, tem-se as visitas domiciliares dos ACE que fornecem orientações de prevenção ao foco do *Aedes aegypti* ao morador, no primeiro momento gera-se a responsabilização do que deve ser feito, mas na medida em que estas ações acontecem,

percebe-se o sentido e a justificativa para cada uma delas, fato este que permite considerar a importância da prática como exemplo a ser seguido.

“Nós fazemos a visita pra educar a população, né? E o programa dengue foi feito pra isso, pra educar a população e ensinar como deve ser feito a remoção do lixo, de vasilhame, de coisas que param água e possam ter a presença do vetor, né?” (ACE1 GF3).

“Mesmo quando a gente tá passando e orientando, a gente tem que ter cuidado com a casa da gente também, né? Se não, não adianta, você não ser uma pessoa que cuida, como que passa orientação? Então é automático, então você procura cuidar ...” (ACE1 GF1).

“... a gente busca passar informação para eles, da melhor maneira possível, né? Sempre tá passando, fazendo visita, falando da importância dos cuidados que tem que ter na residência ....” (ACE2 GF3).

“A pessoa tem receio de receber as pessoa, lá em casa não ... os agente de saúde chega lá, porque nossa obrigação é, já que tá tendo ajuda, assistência, vamo acompanhar, vamo fazer nossa parte também ... lá em casa é liberado pra eles, pra campanha, né? Pra ajudar” (Morador1 GF3).

“... vizinho vira inimigo seu também, porque, eu por exemplo, meu vizinho tá com uma caixa destampada, fui falar com ele, ele disse: “não vou mexer”, eu falei que ia dar multa, aí o vizinho foi lá e tampou, mas ele não conversa comigo também não”(ACE1 GF1).

“O dono da casa é responsável pelo quintal dele, então a gente tem que orientar ele pra limpar o quintal” (ACE GF2).

Há uma relação entre o saber popular e científico, por um lado, o saber popular se apresenta desorganizado e de forma empírica, mas com riqueza de experiências, por outro lado, o saber científico possibilita a organização e socialização deste saber, tornando-o cada vez mais público.

O saber popular e tido como um ato de sobrevivência em cada momento da vida humana, promovendo conhecimento intuitivo e proporcionando alicerces para o cotidiano, sendo útil para todas as gerações ali presentes, uma vez que, “veio se acumulando com o crescimento quantitativo e qualitativo da humanidade e seus avanços” (SILVA E NETO, 2015, p. 11).

A abordagem dos sujeitos desta pesquisa através do GF permitiu que a subjetividade do falar e o ouvir fosse reconhecida como práticas cotidianas realizadas por cada um dos participantes ali presentes, obtendo-se assim, o saber popular sobre a dengue.

“A creolina mata muito pernilongo, não é isso? Põe uma colher de creolina dentro do vaso e dá uma descarga, às onze horas cada um, aprendi com o Herculano da rádio, a senhora lembra? É, as onze horas, todo mundo pões na

base de uma colher de creolina dentro do vaso e dá descarga, mas todo mundo, nós marcava a hora certinha” (Morador2 GF1).

“Não por o lixo na hora errada, na minha casa eles passa lá e vê, os meus pratinho é tudo furado” (Morador3 GF1).

“Se por um pouquinho de água sanitária lá, resolve” (Morador2 GF3).

“O tratamento é só o repouso e muito líquido, o suco de inhame com laranja que eu tomei, pra mim funcionou muito bem ... a minha plaqueta não abaixou porque eu tomei suco de inhame com laranja e limão até” (Morador1 GF2).

Fatos como estes, presentes nas falas dos sujeitos pesquisados, vem de encontro com o estudo defendido por Vilela e Almeida (2013), destaca-se a importância e a necessidade de diferentes atores sociais se sentirem inseridos em uma causa social mais ampla, como forma de contribuir para o controle do mosquito transmissor da dengue na comunidade em que vivem.

Logo, o saber científico não deve ser posto como superior ou inferior ao saber popular, uma vez que, se prioriza o acesso da comunidade na academia, criando-se uma ponte indissociável entre a população e a pesquisa. Neste sentido, a ciência se faz presente no cotidiano, assegurando informações úteis que fortalecem a sociedade e promovem melhorias na qualidade de vida, colocando fim as crenças e mitos, estabelecendo um senso comum com mais racionalidade (SILVA e NETO, 2015).

Geertz (2013) defende a necessidade de se criar novas interpretações da realidade do sujeito pesquisado, uma vez que, suas ações e pensamentos estão inseridos no contexto do saber local, evidenciando assim a cultura e sabedoria popular.

Define-se cultura como o “conjunto de conhecimentos, costumes, crenças, padrões de comportamento, adquiridos e transmitidos socialmente, que caracterizam um grupo social” (Ferreira, 2004), nessa linha, questões culturais foram abordadas nas rodas de conversa realizadas.

“Bom, eu acho que a dengue é uma doença cultural no Brasil, o brasileiro infelizmente precisa de um empurrãozinho, a cultura é muito difícil de mudar... e essa transferência talvez dos problemas públicos, das responsabilidades que são para as pessoas, é difícil mudar a cultura” (Moradora3 GF2).

“A falta de educação, a falta de cultura” (ACS1 GF2).

“É uma ignorância, é um trem complicado, é o que ele falou, é educação mesmo” (Morador3 GF1).

“Mas isso já é da cultura, a gente já nasceu fazendo isso” (Morador2 GF2).

Destacou-se a preocupação dos sujeitos entrevistados com o brasileiro que se mostra indiferente as ações de prevenção a dengue, justificando assim, a dificuldade de se realizar mudanças e a ausência de medidas educativas que promovam melhorias no controle da doença.

Considerando-se esta ausência de ações que promovam a educação em saúde, destacou-se frases que submeteram dúvidas em incertezas sobre as formas de proliferação do vetor e contágio da dengue, fato este também apresentado por Souza et al (2018):

“O mosquito da dengue nunca acabou, tem ele, né? E ele pode produzir com água parada e na sujeira, por causa da sujeira ele vem, né? Porque o mosquito gosta do mau cheiro, né? Mas alguma coisa ele come de sujeira, não come não?” (Morador2 GF1)

“Voa só no baixinho, mais no escurinho, eu acho, eu desconfio” (Morador3 GF1)

“A quantidade de picada também? É porque tem muita gente que fala assim: “ah tomei três picada, agora vai ser hemorrágica”, assim, eu falo picada, assim, picô já tá com dengue” (Morador3 GF1)

Em uma tentativa de alertar sobre a necessidade do combate a proliferação do vetor da dengue, os governos federal, estadual e municipal, buscam através da mídia conscientizar a população dividindo responsabilidades e propondo melhorias nas ações de promoção e prevenção a saúde. Os meios de comunicação exercem papel fundamental em expor ao público o cenário desafiador dos casos de dengue no Brasil (Mafra e Antunes, 2015).

“A informação é grande, ela vem na televisão, na rádio, rede social” (ACE 1 GF3).

“A informação tem em tudo hoje, só não sabe quem não quer” (ACE 2 GF3).

“A gente vê na televisão, as noticia, eles fala sobre o perigo da dengue” (Morador1 GF3).

“... as instrução, ainda mais hoje em dia, tá ai pra todo mundo, em vários meios, né? Internet. Em todo lugar tem informação, tem a forma de prevenção, como evitar” (ACS2 GF2).

Mafra e Antunes (2015), também defendem a comunicação como uma forma de interação entre sujeitos que vivenciam realidades comuns no dia a dia, compreendendo-se que

o ato de comunicar permite a troca de saberes e práticas, além de se estabelecer uma relação de empatia e respeito entre os profissionais de saúde e moradores entrevistados neste estudo.

“Então a população é sempre comunicada através da mídia, né? Mas aqui sempre vem os panfletos e os agentes de saúde também” (Morador 3 GF3).

“Os agentes falam, passa informação na televisão, rádio, celular vem informação” (ACS1 GF 1).

“O nosso papel é comunicar” (ACE1 GF1).

O fato de se sentir envolvido nas questões de promoção à saúde e bem estar social, faz o indivíduo resgatar seus saberes, permitindo assim, que suas experiências de vida, reflitam em suas práticas cotidianas.

## **Categoria 2: A Prática**

**Subcategorias:** Ações desenvolvidas para a prevenção e controle da dengue; Trabalho em equipe para o combate a dengue; Reconhecimento do foco; Conscientização / Educação ambiental e o agir do poder público.

A presença do *Aedes aegypti* em áreas urbanas se relaciona diretamente com a forma de interação do indivíduo com o meio em que vive, refletindo seu estilo de vida e práticas de saúde (BRASSAOLATTI e ANDRADE, 2002).

“A gente tem feito bastante mutirão, tava fazendo de quinze em quinze dias, mutirão aqui em Lavras, desde o começo do ano até agora” (ACE GF 2).

“A gente tem que preocupar pra cuidar ... enquanto nós tamos aqui, nós tamos sujeito a muita coisa, nós temos que cuidar pra evitar, porque a coisa melhor que nós tem é você preparar antes do problema, não é isso? ... porque tem gente que prepara só depois que dá o problema ...” (Morador 2 GF1).

“Esse mutirão é fora de sério, o dia que passou, eu mesmo falei com o carro lá ... eu espero pra por esses lixo, essas lata, e encheu o caminhão mesmo” (Morador 3 GF1).

“Foi passado com caçamba, recolhendo lixo nas casas, os que deixava recolhiam os que não atendia, não recolhia e assim é mais ou menos...” (Moradora 3 GF3)

Os sujeitos entrevistados consideram a participação em mutirões de limpeza como boa prática de prevenção ao vetor da dengue, por um lado, estas ações demonstram a eficácia do trabalho de mobilização social promovido pelos profissionais de saúde atuantes nos bairros do município. Por outro lado, há uma dependência, por parte dos moradores, destas medidas preventivas para que a prática do cuidado aconteça.

“Muita gente fala que vai ter mutirão, vou jogar isso aqui fora e colocar um novo” (ACE1 GF1).

“Tem gente que espera o mutirão para jogar fora ... tudo o que é tralha fica no quintal” (Morador3 GF1).

“Podia ter esse mutirão mais vezes” (Morador3 GF1).

“Nós fazemos a visita pra educar a população, né? E o programa dengue foi feito pra isso, pra educar a população e ensinar como deve ser feito a remoção do lixo, de vasilhame, de coisas que param água e possam ter a presença do vetor, né? (ACE 1 GF 3).

Neste contexto, o profissional é reconhecido pelos moradores e seu trabalho valorizado, a partir do momento em melhorias acontecem nas residências, assim como em locais públicos, e por muitas vezes o próprio morador também se sente responsável em contribuir para a prevenção de doenças.

“O importante é a gente ficar por dentro das coisas pra ajudar a combater, né?” (Morador1 GF3).

“Se cada um cuidar da sua porta, do seu quintal, não jogar as coisa, vasilhame, tampinha, né? E cuidar do lixo, no dia certo colocar o lixo... porque é preciso cada um cuidar, ajudar, não é?” (Morador 3 GF 2).

“Lá em casa é liberado pra eles, pra campanha, né? Pra ajudar” (Morador 1 GF3).

“Vai de casa em casa, aí aonde a gente não consegue entrar, as meninas entram, vão falando pra eles: “oh o quintal”, não deixa juntar vasilhame não, guarda isso aí, põe na lixeira, joga fora, e quando a gente entra e vê pratinho virado de boca pra cima, a gente pede pra virar ... o dono da casa que é responsável pelo quintal dele, então, a gente tem que orientar ele pra limpar o quintal” (ACE GF2).

O saber e a prática vão se concretizando, a interação entre profissional de saúde suas experiências e o dia a dia dos moradores, promove no reconhecimento de possíveis focos do mosquito *Aedes aegypti* não só nas residências, mas também em locais públicos.

“É sacolinha, é garrafa de refrigerante, copo vazio, latinha ... é casca de ovo, pente de ovo, tudo guarda água, aí o mosquito vai ali e posa” (Morador3 GF 2).

“Tem um córrego a céu aberto aqui no bairro também, aí poderia ser um” (ACS2 GF2).

“Dentro da casa é a geladeira”(ACE GF2).

“Este espaço aqui na lateral do bairro, é cheio de garrafinha, de lixo que cachorro carrega e tal, é tampinha de garrafa que para água e tal ... o foco é a bananeira, porque a bananeira, além de guardar água ali, o mosquito gosta daquele lugar, ali é escuro, ele produz lá por baixo da bananeira” ( Morador 3 GF1).

“Água dos cachorro” (ACS5 GF1).

“Piscina, calha, bromélia” (ACE2 GF1).

“Pneu ... quantos mosquito pode gerar numa água dentro de um pneu desses”(ACE1 GF1).

“Qualquer lugar que tiver com água parada, qualquer lugar com água empossada de chuva, diz que ele posa, né? Pra soltar os ovos, né?” (Morador1 GF3).

Por muitas vezes, observou-se a identificação do outro como culpado por possíveis focos do mosquito, em várias falas os sujeitos consideraram suas residências livres de criadouros de vetor da dengue ao apontarem os vizinhos como descuido para a proliferação da doença no bairro.

“... a casa dela não tem mato nenhum ... mas do lado tem um matagal horrível, cheio de copinho, de resto de coisas, onde foi provavelmente onde ela contraiu a dengue dali...” (Morador3 GF3).

“... mas talvez a casa da gente tá limpa e a casa do vizinho não tá ...” (Morador 2 GF3).

O cidadão brasileiro começa a perceber a dengue como algo corriqueiro, sem previsão de controle ou extinção, deixando-se levar pelo comodismo, neste sentido, torna-se mais fácil culpar o outro do que enxergar sua própria realidade.

Verificou-se a necessidade de promover uma proposta com abordagem participativa da eco-saúde, com a interação da comunidade em ações de conscientização ambiental e educação para um melhor controle desta arbovirose (CAPRARA et al. (2015).

“Agora, eu acho que é conscientização do povo, eu acho que ninguém deve tirar lixo de ninguém não, eu acho que cada um deve cuidar do seu, porque se cada um cuidar do seu, vai melhorar muita coisa, então nem tem o que falar em relação a isso” (Morador4 GF 3).

“Deveria fazer atividade na escola” (ACS1 GF1).

“Eu acho que se começar lá de baixo, com os pequenininhos, vem trabalhando com eles, aí funciona” (Morador1 GF1).



“Se investe em capacitação e se investe numa escola, a própria criança chega em casa interessada e fala assim “ah mamãe tem que olhar o ralinho e vamo fazer isso e aquilo”, então realmente falta muito, né?” (ACS3 GF1).

A escola permite a formação de saberes críticos e reflexivos, questões ambientais se inserem cada vez mais no contexto social, possibilitando ao ser humano uma conscientização de sua responsabilidade para o meio ambiente (LIBERATO, 2017)

Ações desenvolvidas no ambiente de ensino e pesquisa são de grande importância para o combate a dengue, uma vez que, na academia promove-se a conscientização de alunos e se investe em pesquisas tecnológicas de enfrentamento a epidemias, como a dengue, neste sentido, “o avanço tecnológico é um caminho potencial que deve ser considerado e incentivado pelo poder público no controle da dengue” (ROQUE, MOREIRA e ALMEIDA, 2017, p. 13).

Roque, Moreira e Almeida (2017) também defendem a necessidade de o poder público adotar medidas de fiscalização que sejam mais punitivas aos indivíduos que não colaboram com ações de prevenção e controle desta arbovirose, fato este colocado em vários momentos das rodas de conversa deste estudo.

“... se eu fosse prefeito, eu ia era arrancar dinheiro do povo, eu ia bota câmera, gastar, mas eu ia bota câmera e multa quem jogou lixo, isso eu faria, se eu fosse prefeito, mas eu não sou, né? ... o único jeito de resolver é meter a mão no bolso do sujeito e cobrar, é multar, é isso que vai resolver... é o prefeito bota câmera e meter a mão no bolso do pessoal, isso vai resolver, vai resolver até o problema da prefeitura sem dinheiro, só assim resolve, só se botar a mão no bolso do fulano que ele vai acordar ” (Morador 3 GF2).

“Tem que ter fiscalização mais rígida, pra poder estar monitorando, câmera é câmera, gasta, mas tem resultado” (ACS1 GF1).

“O que falta mesmo, eu acho, é igual eu tô falando, é mais apoio da parte política, para ter multa, porque infelizmente só funciona quando fala que vai dar multa” (ACE2 GF3).

“Aí tem o poder público também, que a gente pode multar, mas não pode fazer nada, leis podem ser criadas, vereadores podem criar leis, eles poderiam estar criando leis para obrigar a pessoa tá limpando, ou se não, a prefeitura vai lá e limpa e joga no IPTU do proprietário enquanto não tiver, isso vai continuar assim ... se tivesse mais lei nesta parte, porque, por exemplo, ele mora num bairro, o Bela Vista, sua casa pode ser o foco, o criadouro do mosquito, aí aquela pessoa poderia ser processada ... poderia provocar óbito”(ACE1 GF1).

As responsabilidades dos proprietários de residências e/ou imóveis comerciais em garantir a limpeza e manutenção de medidas de proteção a proliferação de vetores como o

*Aedes aegypti*, também estabelece prazos de notificação e aplicação de multas. Nesta linha, subentende-se que os profissionais de saúde que participaram dos GF não possuíam conhecimento da referida lei municipal, pois, os mesmos sugerem a criação de leis e outras formas de punição aos moradores que não colaboram com o serviço de combate a dengue (LAVRAS, 2015).

“... mas eu acho que o que deixa mais a desejar é o poder público, eu acho que é o pior, porque o trabalho de campo é feito... mas quando você tem que direcionar para um outro setor, para ali, então o que foi feito perdeu e aí chega as doenças, infelizmente” (ACE1 GF1).

“... a pessoa deveria estar bem cansada, né? De esperar resposta, resultado e não ter, né?” (ACS5 GF1).

Por outro lado, observou-se também uma cobrança de atitudes por parte do poder público em solucionar questões consideradas como de competência do próprio governo municipal.

“Outra coisa, eu acho que é caso da prefeitura agir, porque o ribeirão nosso que corta o fundo aqui tá um matagal, uma sujeirada e nunca foi limpo” (Mordor1 GF 3).

“Isso que cês tão fazendo aqui deveria ser feito pelo poder público, entendeu? Alguém da prefeitura pegar e falar, porque às vezes, cê dá um panfleto é uma coisa, cê fala, às vezes é até melhor” (Morador3 GF1).

A própria lei coloca a cada um as responsabilidades a serem cumpridas, mas na medida em que elas não são cumpridas surge o sentimento de impotência frente a solução de problemas. Existem responsabilidades a serem cumpridas e se determinado setor não cumpre com suas responsabilidades, a população se sente desmotivada a cumprir também.

### **Categoria 3:** Dificuldades na prevenção e controle da dengue

**Subcategorias:** Conflitos entre profissionais e comunidade; Resistência; Sobrecarga de trabalho

Bardin (2011) propôs a formação de categorias para dar ênfase as unidades de sentido por meio das falas e experiências e até mesmo identificar potenciais conflitos e contradições, dualismos que exigem a observação para resolvê-las. Assim, neste sentido, os ACE e ACS se tornam responsáveis em observar as práticas dos moradores e orientá-los a prevenção de focos, promovendo melhorias, permitindo novos conhecimentos e desafios.

“A pessoa tem uma visão defasada ... e a gente percebe que, por mais esclarecimento que a gente busque sobre o assunto, a gente não consegue ainda passar isso, né? Com transparência para o morador, devido assim, a falta de compreensão dele, entre outros aspectos que eles tem” (ACE1 GF3).

“Muitas vezes as pessoa vê e fala que vão vai deixar você entrar na casa porque você não resolveu aquilo, aí esta a dificuldade. Eu passei, olhei, eu fiz a minha parte, o meu trabalho agora se esbarra nessa dificuldade” (ACE1 GF1)

“... eles tem muita resistência nisso, eles não aceitam muito a visita, né? Muitas das vezes, não aceitam ... a resistência que a gente fala é em relação a aceitar o agente, às vezes, dentro da residência, fazendo uma visita, às vezes, eles acham que é impróprio, entendeu? ... às vezes tem alguma coisa pra fazer, acha que tá tomando o tempo deles, entendeu? (ACE2 GF3).

“... muitas vezes a pessoa vê e fala que não vai deixa você entrar na casa porque você não resolveu aquilo, aí está a dificuldade. Eu não tenho como resolver, eu passei, olhei, eu fiz a minha parte, o meu trabalho, agora se esbarra nessa dificuldade” (ACE1 GF 1)

Dessa forma, torna-se necessária a compreensão do trabalho desenvolvido pelo ACE na comunidade, bem como sua interação com a população, a demanda de responsabilidades a ele designadas e por fim, mas não menos importante, seus saberes e práticas em resposta às necessidades dos moradores.

Evangelista et al (2018) enfatizam a importância do ACE ter consciência de si e do outro, uma vez que, sua identidade profissional é construída a partir do desempenho no trabalho e na interação social do trabalhador.

“A gente tá lá e passa mil coisas pra gente resolver, não uai, peraí meu amigo, peraí, entendeu? Então eles tenta sobrecarregar a gente com um tanto de coisa que é impossível da gente fazer” (ACE2 GF 3).

“... no caso o itinerário pede é de vinte a vinte e cinco casas, a gente faz até mais, a gente faz de trinta e três a trinta e cinco ...” (ACE1 GF3).

Analisando-se todos as questões levantadas nos GF percebeu-se que todos os profissionais da saúde enfatizaram em suas falas, a resistência de muitos moradores em receber visitas e até mesmo orientações profissionais sobre as medidas corretas de prevenção da dengue.

“O negócio de resistência também, às vezes o pessoal não atende direito, às vezes, você chega na casa da pessoa até para orientar é complicado” (ACS2 GF3).

“Pedreiro, às vezes, é muito teimoso com a gente, aí fala “não isso aqui não dá em cimento e cal” aí eu mostro pra ele ... às vezes o tambor tá cheio de larva, não adianta” (ACE GF2)

“ ... se a gente chega na casa do paciente e for falar sobre dengue, ele dá uma aula pra gente, só que não faz” (ACS3 GF2).

“Mas a pessoa sabe e nem sempre faz” (ACE2 GF1)

Entretanto, percebeu-se também uma inversão de papéis, em muitas falas, os sujeitos entrevistados relataram que há um desrespeito com o serviço de saúde prestado pelos agentes à população.

“as pessoa tem uma noção de que o agente vai fazer a vistoria na residência, eles tão indo pra limpar a casa deles, é isso que eles espera, às vezes, do agente em si... essa distorção sobre o assunto, essa falta de cooperação da comunidade em si” (ACE2 GF 3).

“... eles espera que os menino vai lá pega um caminhão de lixo na porta deles e acha que os agentes de endemias e os agentes comunitários de saúde tem que trabalhar pra eles, são empregado deles, pra limpar a horta deles, só que não é isso, entendeu? ... olha só que ignorância” (Moradora4 GF 3).

“...eu sei que o culpado não é o agente, é o morador que é o culpado, mas eu acho que os agentes passarem mais, eu acho que já ajuda um pouco...” (Morador3 GF2).

A partir destas análises, compreendeu-se a importância de se estabelecer melhorias na relação profissional de saúde e morador, uma vez, que ideias preconcebidas erroneamente são predominantes nas falas descritas anteriormente.

Há a necessidade de promover ações que permitam trocas de saberes e práticas destes atores sociais, trocas estas realizadas de forma simples e didática nos GF deste estudo e que foram bem aceitas por todos os participantes ali presentes.

“Toda vez que se reúne se tem um aprendizado, isso é um ponto positivo” (ACE1 GF 1).

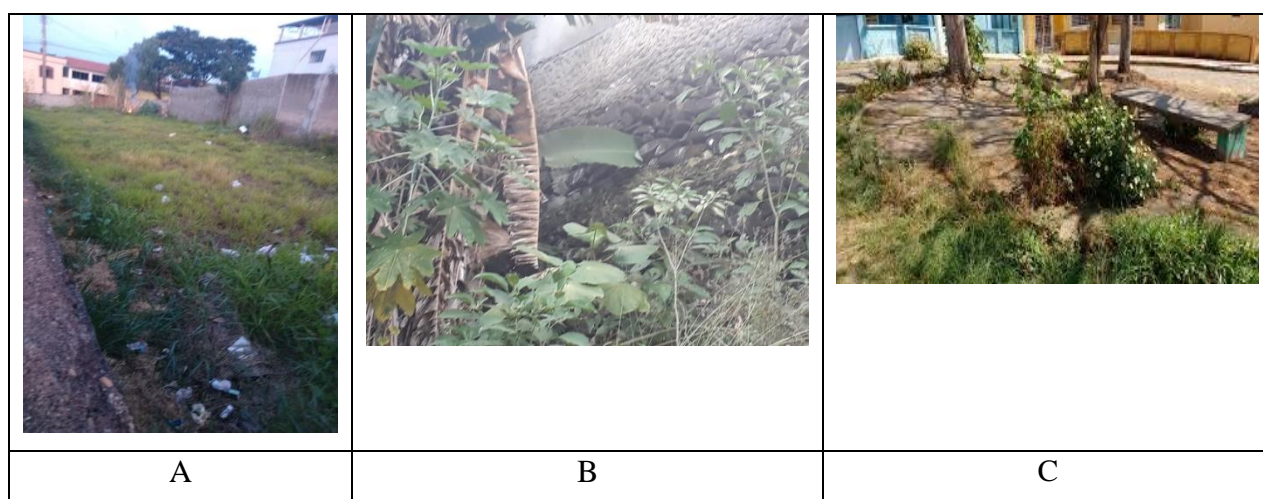
“Foi muito positivo essa conversa, essa vinda de vocês aí vai ajudar muita pessoa que não tem os devido cuidado, né? Então essa vinda de vocês principalmente na pracinha pra uma reunião foi muito, muito positivo” (Morador2 GF 1).

“Que tá fazendo é o bem pra comunidade” (Morador3 GF2)

Os dados analisados a partir de entrevistas realizadas nos GF permitiram caracterizar o conhecimento dos ACE, ACS e comunidade sobre a dengue e sua transmissão, bem como identificar os saberes e as práticas de prevenção e controle de seu vetor. A técnica de GF permitiu a identificação de saberes e práticas promovidas por grupos sociais distintos e que de alguma forma se assemelham através da realidade cotidiana em que se inserem. Compreender os saberes e práticas dos ACE, ACS e comunidade é uma das mais variadas maneiras de se desenvolver melhorias na saúde da população, principalmente quando se trabalha com a APS.

#### 4.2. Triangulação de dados

Para a triangulação de dados foram visitados os locais citados nas rodas de conversas como focos de criatórios de *Aedes* de importância no bairro e observados, que realmente trazem risco a população. A Figura 2 demonstra locais citados em cada GF.



A. Terreno baldio relatado no GF da ESF Vila São Francisco; B. Terreno com bananeiras e mina d'água relatado no GF da ESF Vale do Sol; C. Praça do bairro Jardim Floresta relatada no GF da ESF Jardim Floresta.

Figura 2. Locais citados nas rodas de conversa como importantes focos de *Aedes* nos bairros de maior incidência de dengue em Lavras/MG, 2019

Observou-se que os criatórios de *Aedes* citados pelos agentes e moradores trazem riscos reais. Há criatórios que são fruto de falta de higiene ambiental e cidadania que deixa de observar que o descarte de lixo de forma inadequada traz consequências de saúde para a própria comunidade. (Fig.2A), mas há outros que são ambientes naturais, como as Fig. 2B e 2C. Fatos que possibilitam concluir que a responsabilidade dos moradores vai além do intra-

domicílio, desafiando também as responsabilidades do poder público, ambos precisam ser enfrentados.

Os próprios agentes de saúde demonstram não saber como agir nesses casos. Passando a responsabilidade a um poder público externo a ESF, mas não sabendo determinar a forma de fazer desencadear as ações para mitigar os riscos de saúde conhecidos para essa comunidade.

Foram analisadas as legislações pertinentes ao controle da dengue, que suportam as ações do município. São sete leis municipais (Lei 4272 de 2015; Lei 4262 de 2015; Lei 4071 de 2014; Lei 3610 de 2009; Lei 2929 de 2003; Lei 2914 de 2003 e Lei 2782 de 2002) de acordo com Lavras (2015), que abordam o tema dengue e demais arboviroses. Estas leis dão suporte eficaz às ações de prevenção, educação em saúde ambiental, incentivos aos profissionais que atuam nas ações de combate ao vetor e fiscalização de ambientes de risco para a proliferação do mosquito, mas falta o fluxograma de ações desenvolvidas pelos profissionais e organograma dos servidores responsáveis em coordená-las.

Como parte dessa triangulação foi utilizada a revisão bibliográfica com as palavras-chave: dengue, prevenção e meio ambiente, que já foram confrontadas com os achados desse estudo no item 4.1.

O objetivo desta pesquisa foi alcançado, uma vez que foi possível identificar, descrever e analisar os saberes e práticas dos diferentes atores sociais, que participam da APS (ACE, ACS e comunidade) sobre dengue e seu controle no município de Lavras, MG.

Uma vez considerada como complexa, Barros e Fiuza (2011) evidenciam que não há forma mecânica de se analisar a pesquisa qualitativa, no entanto, existem algumas maneiras de melhorar sua validade, dentre estas, destaca-se a triangulação de dados, utilizada pelas autoras do presente estudo, definida como uma forma de validação capaz de convergir diferentes aspectos de uma única questão levantada, ou seja, a triangulação de dados compara resultados entre dois ou mais métodos de coleta (FLICK, 2013).

Enfatiza-se que estas ações só se tornaram possíveis, uma vez que, a presente pesquisa não se restringiu a uma única perspectiva, prevendo-se uma variedade de recortes e ângulos de análise que descrevem o saber e a prática cotidiana dos sujeitos pesquisados.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A escolha desta arbovirose, dengue, permitiu o reconhecimento um cenário que envolve a sociedade como um todo, sem distinção de classes sociais econômicas e culturais, permitindo a cada indivíduo a liberdade de aplicar seus saberes e práticas com a certeza de estar promovendo o bem comum. Ao serem comparados os saberes e práticas dos atores sociais participantes do estudo, compreendeu-se que a informação e o aprendizado de qualidade garantem ao indivíduo a oportunidade de proteger sua saúde, aprimorando suas práticas cotidianas na busca de respostas para suas necessidades.

A APS corresponde ao conjunto de ações capazes de atender integralmente estas necessidades de saúde, inseridas tanto no indivíduo quanto na comunidade, geradas pelos princípios do SUS, proporcionando melhorias no sistema de prevenção à agravos e danos a vida.

Os resultados evidenciam também a importância de reflexão sobre a influência que o cotidiano exerce sobre a saúde da população, que por sua vez, se encontra inserida nas relações sociais, aprendendo com erros e acertos, em uma busca incessante por melhores condições de saúde, melhor qualidade de vida.

Diante destas questões, percebeu-se que ainda há muito que se estudar, uma vez que, ainda prevalece uma grande lacuna no conhecimento sobre os saberes e práticas de atores sociais tidos como de grande importância para a promoção da saúde. Neste sentido, torna-se necessário buscar trabalhos desenvolvidos com a comunidade nas ações de controle da dengue e reaplicá-los como forma de promover melhorias e também comparações nas mais diversas formas do cuidado presentes no dia a dia dos brasileiros.

## 6 CONCLUSÕES

Há diferenças entre os saberes e práticas da população e dos profissionais de saúde, porém, considerou-se um entrave cultural fundamental e comum na execução eficaz do controle: a falta de observação clara do que cada um pode fazer para melhorar a sua contribuição e a facilidade de culpar o outro, principalmente, o poder público, pela falta de controle da situação.

Os profissionais de saúde demonstram ter treinamento e conhecimento sobre os aspectos técnicos sobre a dengue que necessitam para o serviço. Porém, se sentem sobrecarregados com a responsabilidade relacionada com o aumento da incidência do dengue que recai sobre eles e com as dificuldades de conseguirem cooperação de parte da população.

Os moradores e outros atores demonstram conhecer a epidemiologia da doença e biologia do vetor de forma genérica, mas não os mecanismos de transmissão e riscos de focos mesmo intra-domiciliares. Esperam muitas resoluções do poder público de, como saneamento básico, capina de ruas, lotes vagos e recolhimento de entulhos e objetos a serem descartados de seus quintais.

Todos observam a culpa de outros que determinam os riscos e citam a aplicação de multas para moradores ou proprietários, que não contribuem com a limpeza de seus quintais ou imóveis e, ainda que descartam lixos em terrenos baldios ou áreas públicas.

Ambos demonstram que têm preocupação com determinados focos de mosquito, que são em locais públicos, que não são de responsabilidade dos indivíduos, nem dos profissionais de saúde, e ficam sem resposta no seu controle.





## REFERENCIAS

- ÁVILA, M. M. M. O programa de Agentes Comunitários de Saúde no Ceará: o caso de Uruburetama. **Ciência e Saude Coletiva**, 16(1), 349–360. 2011.
- BAPTISTINI, R. A., FIGUEIREDO, T. A. M. de. Agente comunitário de saúde: desafios do trabalho na zona rural. **Ambiente & Sociedade**, 17(2), 53–70. 2014. <https://doi.org/10.1590/s1414-753x2014000200005>
- BARBOUR, R. GRUPOS FOCAIS. **Boletim Técnico Do Senac**, 6(2), 80–81. 2010. Retrieved from <http://www.bts.senac.br/index.php/bts/article/view/170>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Portugal: Edições 70, 2011. 281 p.
- BARROS, N. F. DE, FIUZA, A. R. Pesquisa qualitativa na atenção a saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(4), 2345–2350. 2011. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000400034>
- BARTH, O. M. **Atlas of Dengue Viruses** Morphology and Morphogenesis (p. 126). p. 126. Rio de Janeiro. 2000.
- BATISTELLA, C. E. C. Qualificação e Identidade Profissional dos Trabalhadores Técnicos da Vigilância em Saúde: entre ruínas, fronteiras e projetos. In: MOROSINI, Márcia V. G. et al. (org.). **Trabalhadores técnicos da saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2013, p. 361-390. 2013
- BHATT S, GETHING PW, BRADY OJ, MESSINA JP, FARLOW AW, MOYES CL, et al. The global distribution and burden of dengue. **Nature**; 496(7446): 504-7. 2013.
- BOCCATO, V. R. C., FERREIRA, E. M. Estudo comparativo entre o grupo focal e o protocolo verbal em grupo no aprimoramento de vocabulário controlado em fisioterapia: uma proposta metodológica qualitativa-cognitiva. **InCID: Revista de Ciência Da Informação e Documentação**, 5(1), 47. 2014. <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v5i1p47-68>
- BRASIL, M. DA S. Programa Nacional de Controle da Dengue. In **Vigilância Epidemiológica**. Brasília. 2002
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue**. In Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis Plano de Contingência Nacional para Epidemias de Dengue. 2015.
- BRASIL. **Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue**. In Secretaria de Vigilância em Saúde. 2009. Retrieved from [http://www.saude.gov.br/svs%0Ahttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_nacionais\\_prevencao\\_controle\\_dengue.pdf](http://www.saude.gov.br/svs%0Ahttp://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_prevencao_controle_dengue.pdf)

- BRASIL. **PORTARIA Nº 1.007, DE 4 DE MAIO DE 2010**. 2010. Retrieved from Ministério da Saúde website: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007\\_04\\_05\\_2010\\_comp.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt1007_04_05_2010_comp.html)
- BRASIL-MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico adulto e criança**. In Diretoria Técnica de Gestão. 2016. <https://doi.org/10.1590/S0021-75572007000300004>
- BRASSOLATTI, R. C., Andrade, C. F. S. Evaluation of an educative intervention to prevent dengue. **Ciência E Saude Coletiva**, 7(2), 243–251. 2002.
- CAPRARA, A., LIMA, J. W. D. O., PEIXOTO, A. C. R., MOTTA, C. M. V., NOBRE, J. M. S., SOMMERFELD, J., KROEGER, A. Entomological impact and social participation in dengue control: a cluster randomized trial in Fortaleza, Brazil. **Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**, 109(2), 99–105. 2015. <https://doi.org/10.1093/trstmh/tru18>.
- CARDOSO, J., VAZ, P. Dengue's "epidemic drama": causes, sorrow and responsibilities in the Jornal Nacional (1986 - 2008). **Revista Ecopós**, 17(3), 1–13. 2014
- CARVALHO, R.G.; LOURENÇO-DE-OLIVEIRA, R.; BRAGA, I.A. Updating the geographical distribution and frequency of *Aedes albopictus* in Brazil with remarks regarding its range in the Americas. **Mem Inst Oswaldo Cruz**. set;109(6):787–96. 2014.
- CAZOLA L, PONTES E, TAMAKI E, ANDRADE S, REIS C. O controle da dengue em duas áreas urbanas do Brasil central: percepção dos morado- res. **Saúde Soc** 2011; 20:786-96.
- COELHO, G.E. **Sensibilidade do sistema de vigilância da dengue na detecção de casos hospitalizados pela doença e avaliação de fatores determinantes da notificação** [tese]. Goiânia: Universidade Federal de Goiás; 2014.
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **Incorporação dos Agentes de Combate às Endemias nas equipes do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Conass; 2010. Nota Técnica - 04/2010.
- CRUSOÉ, M. DE C. N. A Teoria das Representações Sociais em Moscovici e sua importância para a pesquisa em Educação. **Aprender - Caderno de Filosofia e Psicologia Da Educação**, II (2), 105–114. 2014. Retrieved from [http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/3792/pdf\\_121](http://periodicos.uesb.br/index.php/aprender/article/viewFile/3792/pdf_121)
- DINIZ, A. P. R., CARRIERI, A., BARROS, A. Invisibilidade Social E Trabalho Noturno : Reflexões a Partir De Representações Sociais De Garçons Social Invisibility and Night Work : Reflections From Waiters ' **Social Representations**. 18–38. 2013.
- EFFLER, P. V. et al. Dengue fever, Hawaii, 2001-2002. **Emerging infectious diseases**, Atlanta, v. 11, n. 5, p. 742-749, May 2005.
- ESTRADA-FRANCO J.G, CRAIG JR GB. **Biology, disease relationships and control of *Aedes albopictus*** Organização Panamericana de Saúde. Washington, 1995 (Publicação Técnica nº 42).

- EVANGELISTA, J. G., FLISCH, T. M. P., VALENTE, P. A. PIMENTA, D. N. Agentes De Combate Às Endemias: Construção De Identidades Profissionais No Controle Da Dengue. **Trabalho, Educação e Saúde**, 17(1), 1–19. 2018. <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00173>
- FACCHINI, L. A., TOMASI, E., DILÉLIO, A. S. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. **Saúde Em Debate**, 42(spe1), 208–223. 2018. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s114>
- FERREIRA, ABH. **Minidicionário Aurélio**, da Língua Portuguesa. 7a. edição. Edição eletrônica autorizada à Positivo Informática Ltda; 2004.
- FERREIRA, M. DE A. Theory of Social Representations and Contributions to the Research of Health Care and Nursing. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, 20(2), 214–215. 2016. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.2016002>.
- FIELD, V. et al. Travel and migration associated infectious diseases morbidity in Europe, 2008. **BMC infectious diseases**, London, v. 10, p. 330, 2010.
- FIGUEIREDO, L. T. M. Dengue no Brasil. In **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical** (Vol. 45). 2012. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822012000300001>
- FIGUEIREDO, M. D. DE, CAVEDON, N. R., SILVA, A. R. L. da. A desvalorização de grupos sociais no espaço comum de pequenas organizações: um estudo sobre representações sociais em um centro comercial. **O&s**, 20(64), 55–73. 2013.
- FLICK, U. **Introducao à Metodologia da Pesquisa: um guia para iniciantes** (ABDR, ed.). Porto Alegre. 2013.
- FORATTINI OP. **Culicidologia médica: identificação, biologia e epidemiologia** [Internet]. São Paulo: EDUSP; 2002. 864 p.
- GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.
- GLUBER, D. **Dengue and dengue hemorrhagic fever: its history and resurgence as a global health problem**. In: Gluber, duane; Kuno, Goro (ed.). **Dengue and dengue hemorrhagic fever**. New York: Cab International, p.1-22, 1997.
- GRATZ, N. G. Critical review of the vector status of *Aedes albopictus*. **Medical and veterinary entomology**, Oxford, v. 18, n. 3, p. 215-227, Sep 2004.
- HALSTEAD, S. B. Dengue virus-mosquito interactions. **Annual review of entomology**, Palo Alto, v. 53, p. 273-291, 2007.
- HARTZ, Z. M. DE, CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “ sistema sem muros .” **Caderno de Saúde Pública**, 20 sup(2), 331–336. 2004. Retrieved from <https://www.scielosp.org/article/csc/2016.v21n8/2329-2338/>

HAWLEY, W. A. The biology of *Aedes albopictus*. **Journal of the American Mosquito Control Association (Supplement)**. Fresno CA, v. 1, p. 1-39, Dec 1988.

IBGE. **IBGE** | Cidades | Minas Gerais | Panorama. 2018. Retrieved from <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/panorama>

JANSEN, C. C., BEEBE, N. W. The dengue vector *Aedes aegypti*: what comes next. **Microbes and Infection**, 12(4), 272–279. 2010. <https://doi.org/10.1016/j.micinf.2009.12.011>

KRAEMER MUG, SINKA ME, DUDA KA, MYLNE A, SHEARER FM, BARKER CM, et al. The global distribution of the arbovirus vectors *Aedes aegypti* and *Ae. albopictus* [Internet]. **Elife**. 2015 jun;4:e08347.

LA RUCHE, G. et al. **First two autochthonous dengue virus infections in metropolitan France, September 2010**. Euro surveillance, Saint-Maurice, v. 15, n. 39, p. 19676, Sep 30 2010.

LANA, R.; CARNEIRO, T. (). Multiscale Analysis and Modelling of *Aedes aegypti* Population Spatial Dynamics. **Journal of Information and Data Management**, 2(2), 211–220. 2011. Retrieved from <http://seer.lcc.ufmg.br/index.php/jidm/article/view/134>

LAVRAS. Câmara Municipal de Lavras. **Sistema de Apoio ao Processo Legislativo**. Lei nº4.274 de 18 de dezembro de 2015. <https://sapl.lavras.mg.leg.br/sistema/search/> acesso em 03 de setembro de 2019.

LIBANIO, K. R., AUGUSTO, C., FAVORETO, O., PINHEIRO, R. Análise da integração da Vigilância Ambiental no controle da dengue com a Estratégia Saúde da Família. **Revista de Saúde Coletiva**, 147–163. 2014.

LIBERATO, V. DAS D. S. “**Eu te falei de mariana, do rompimento da barragem?**”: sussurros da educação ambiental entre profissionais da educação básica pública, Nepomuceno, minas. 2017.

LIMA, E. DE F. A., SOUSA, A. I., PRIMO, C. C., LEITE, F. M. C., DE SOUZA, M. H. N., MACIEL, E. E. N. Perfil socioprofissional de trabalhadores de equipes saúde da família. **Revista Enfermagem**, 24(1), 1–5. 2016. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2016.9405>

LIMA-CAMARA, T. N. Emerging arboviruses and public health challenges in Brazil. **Revista de Saude Publica**, 50, 1–7. 2016. <https://doi.org/10.1590/S1518-8787.2016050006791>

LOURENÇO, S., COELHO, J. F., CONCEIÇÃO, L., MENDONÇA, P., MALHADO, J. Febre de Dengue: uma nova doença para um velho continente. **Medicina Interna: Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna**, 16, 177–181. 2009.

LOURENÇO-DE-OLIVEIRA R, VAZEILLE M, FILIPPIS AMB, FAILLOUX AB. *Aedes aegypti* in Brazil: Genetically differentiated populations with high susceptibility to dengue and yellow fever viruses. **Trans R Soc Trop Med Hyg**. jan;98(1):43–54. 2004.

MACIEL, R. DE F.; KOELLA, J.C; LOURENÇO, R. DE O. Menor taxa de sobrevivência, longevidade e fecundidade de fêmeas de *Aedes aegypti* (Diptera: Culicidae) oralmente desafiadas pelo sorotipo 2 do vírus da dengue. **Transações da Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene**. v. 105, 8, .pp 452–458. 2011. <https://doi.org/10.1016/j.trstmh.2011.05.006>

MAFRA, R. L. M., ANTUNES, E. Comunicação, estratégias e controle da dengue: a compreensão de um cenário público de experiência. **Saude e Sociedade**, 24(3), 977–990. 2015. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902015133744>

MARKOVÁ, I. A fabricação da teoria de representações sociais. **Cadernos de Pesquisa**, 47(163), 358–375. 2017. <https://doi.org/10.1590/198053143760>

MENDES, E. V. (2012). *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. **Linha-guia de atenção à saúde Dengue** (SAS/MG, ed). 2009. Retrieved from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/6176.pdf>

MINAYO, M. C. DE S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 7. ed. São Paulo: Hucitec. 2000.

MINAYO, M. C. DE S. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. **Saúde e Ambiente Sustentável: Estreitando nós**. 173–190. 2002.

MINAYO, M. C. DE S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. Saúde Coletiva**, 17(3), 1-10. 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Departamento de informática do SUS**. DATASUS. Relatório de Localidades. 2018. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br>

MOORE, P. R. et al. Infection and dissemination of dengue virus type 2 in *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*, and *Aedes scutellaris* from the Torres Strait, Australia. **Journal of the American Mosquito Control Association** Fresno CA, v. 23, n. 4, p. 383-388, Dec 2007.

MUSTAFA, M.S.; RASOTGI, V.; JAIN, S.; GUPTA, V. Discovery of fifth serotype of dengue virus (DENV-5): A new public health dilemma in dengue control. **Med J Armed Forces India**, v. 71, n. 1, p. 67-70, 2015.

NEVES, D.P.; MELO, A.L.; LINARDI, P.M. **Parasitologia humana**. 12. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2011.

NUNES, A. D. M. R., SANTOS, C. M. **Epidemiologia de Dengue no Séc . XXI : Primeiro Surto Europeu na Ilha da Madeira**. 2015.

OLIVEIRA, F. L., DIAS, M. A. S. (2016). Situação Epidemiológica da Dengue, Chikungunya e Zika no estado do RN: uma abordagem necessária. *Revista Humano Ser*, 1(1), 64–85.

PAUPY, C. et al. *Aedes albopictus*, an arbovirus vector: From the darkness to the light. **Microbes and infection**, Paris, v. 11, n. 14-15, p. 1177-1185, May 18 2009.

PESSOA, J. P. DE M., DE OLIVEIRA, E. S. F., TEIXEIRA, R. A. G., LEMOS, C. L. S., DE BARROS, N. F. Controle da dengue: os consensos produzidos por Agentes de Combate às Endemias e Agentes Comunitários de Saúde sobre as ações integradas. **Ciencia e Saude Coletiva**, 21(8), 2329–2338. 2016. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015218.05462016>

POPE C, MAYS N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3ª ed.. Porto Alegre: Artmed; 2009.

ROQUE, D. M.; ALMEIDA, F. M., MOREIRA, V. DE S. Política pública de combate à Dengue e os condicionantes socioeconômicos. **Anais... IV Encontro Brasileiro de Administração Publica**, 2–16. 2017. Retrieved from <http://www.ufpb.br/ebap/contents/documentos/0665-680-politica-publica-de-combate-a-dengue-e-os-condicionantes-socioeconomicos.pdf>

SÁ, C.P. **Representações sociais**: o conceito e o estado atual da teoria. In: SPINK, J.M. (Org.). *O conhecimento no cotidiano*. São Paulo: Brasiliense, p.19-45.1993.

SANTOS, S. L. DOS, AUGUSTO, L. G. DA S. Multidimensional model for dengue control: a proposal based on social reproduction and risk situations; **Physis**, 21(1), 177–196. 2011. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312011000100011>

SILVA T.P.T.E.; FERREIRA I.D.L.M. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. *Cadernos de Saúde Pública*, p. 2496-2498, 2010.

SILVA, F. S. DA, MELO NETO, J. F. DE. Saber popular e saber científico. **Revista Temas Em Educação**, 24(2), 137–154. 2015. Retrieved from <http://periodicos.ufpb.br/index.php/rteo/article/viewFile/25060/14567>

SOBRAL, M. F. F., DA PENHA SOBRAL, A. I. G. Cases of dengue and urban waste collection: a study in the City of Recife. **Ciencia e Saude Coletiva**, 24(3), 1075–1082. 2019. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.10702017>

SOUZA, K. R., SANTOS, M. L. R., GUIMARÃES, I. C. S., Ribeiro, G. de S., Silva, L. K. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, 34(5), 1–13. 2018.

TOBERGTE, D. R., & CURTIS, S. (2013). Carta de Ottawa - Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

VEIGA, L., GONDIM, S. M. G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. **Opinião Pública**, 7(1), 1–15. 2006. <https://doi.org/10.1590/s0104-62762001000100001>

VILLELA, E. F. DE M., DE ALMEIDA, M. A. Representações sociais sobre dengue: Reflexões sobre a mediação da informação em saúde pública. **Saude e Sociedade**, 22(1), 124–137. 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100012>

WACHELKE, J. F. R., CAMARGO, B. V. Representações Sociais, Representações Individuais e Comportamento. **Revista Interamericana de Psicologia**, 41(3), 379–390. 2007. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>

WYMANN, M. N. et al. **Asian tiger mosquito (*Aedes albopictus*) - a threat for Switzerland?** Euro surveillance, Saint-Maurice, v. 13, n. 10, Mar 6 2008.

ZARA, A.L. DE S.A.; SANTOS, S. M. DOS; FERNANDES- OLIVEIRA, E. S.; CARVALHO, R. G.; COELHO, G. E. **Estratégias de controle do *Aedes aegypti*: uma revisão.** Epidemiologia e Serviços de Saúde. Brasília, 25 (2): 391-404, abr-jun 2016.



## APÊNDICES

### **Apêndice A – Termo de consentimento livre e esclarecido apresentado a todos os participantes**

Prezado(a) Senhor(a), você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa de forma totalmente voluntária da Universidade Federal de Lavras-UFLA. Antes de concordar, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Será garantida, durante todas as fases da pesquisa: sigilo; privacidade; e acesso aos resultados.

I - Título do trabalho experimental: **Dengue: saberes e práticas da prevenção no município de Lavras, MG**

**Pesquisador(es) responsável(is):** Profa. Dra. Christiane Maria Barcellos Magalhães da Rocha (Coordenadora do projeto- DMV/UFLA) e Izabella de Lourdes Gattini Ribeiro (mestranda do Programa de Pós-graduação em Ciências Veterinárias-UFLA) - **Instituição/Departamento:** UFLA / Departamento de Ciências Veterinárias - **Telefone para contato:** (35) 3829 – 1711 - **Local da coleta de dados:** Lavras, Minas Gerais, Brasil.

### **II – OBJETIVOS**

Analisar, identificar e descrever os saberes e práticas dos diferentes atores sociais: ACE (agente de combate a endemias), ACS (agente comunitário de saúde) e comunidade, que participam da Atenção Básica de Saúde (ABS), sobre a dengue e seu controle no município de Lavras, MG.

### **III – JUSTIFICATIVA**

O bom controle da dengue se relaciona com os saberes e as práticas dos ACE, ACS e comunidade, que serão analisados por meio da entrevista de grupos focais (GF), visitas *in loco* nos bairros e análise de documentos. Estas serão gravadas, filmadas e salvas em CD's e pen drive e transcritas na íntegra, sendo destruídas ao final.

### **IV - PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO**

Este estudo acontecerá por meio de GF que realizados nos PSF de bairros com maior número de casos de dengue no ano 2019, no município de Lavras, Minas Gerais.

#### **AMOSTRA**

Os GF serão formados por 12 (doze) o número máximo de participantes e 06 (seis) o número mínimo. A participação nos GF acontecerá considerando os critérios de inclusão e exclusão: **1.Critérios de Inclusão** - aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária; ter idade superior a 18 anos, possuir capacidade de interação e desenvolvimento de atividades em grupo, ser alfabetizado, estar presente no momento da realização da mobilização social. Além disso, para: a. Profissionais da saúde (ACE, ACS) – atuar na microárea de abrangência do PSF ; b. Comunidade – residir na área de abrangência do PSF e **2.Critérios de Exclusão:** Não aceitar, concordar ou assinar o TCLE; não ter disponibilidade de tempo para o GF. Para os profissionais da saúde (ACE, ACS) – estar afastado das atividades laborais por quaisquer motivos.

#### **EXAMES**

Não serão realizados exames.

**V - RISCOS ESPERADOS**

Considera-se que o participante pode ser exposto ao risco de constrangimento durante a realização dos GF e desconforto durante gravações de áudio/imagem.

**VI – BENEFÍCIOS**

Oportunidade de gerar medidas desenvolvidas para melhoria da promoção de saúde da população de Lavras/MG.

**VII – CRITÉRIOS PARA SUSPENDER OU ENCERRAR A PESQUISA**

A pesquisa será encerrada quando atingir a saturação de informação; ou suspendida quando não apresentar coerência com o objetivo proposto no início do estudo.

**VIII - CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO**

Após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Projeto de Pesquisa.

Lavras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Nome (legível)

---

Assinatura

**ATENÇÃO!** Por sua participação, você: não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira; será ressarcido de despesas que ocorrerem (tais como gastos com transporte, que serão pagos pelos pesquisadores aos participantes ao início dos procedimentos); será indenizado em caso de eventuais danos decorrentes da pesquisa; e terá o direito de desistir a qualquer momento, retirando o consentimento, sem nenhuma penalidade e sem perder qualquer benefícios. Em caso de dúvida quanto aos seus direitos, escreva para o Comitê de Ética em Pesquisa em seres humanos da UFLA. Endereço – Campus Universitário da UFLA, Pró-reitoria de pesquisa, COEP, caixa postal 3037. Telefone: 3829-5182.

**Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida a você.**

*No caso de qualquer emergência entrar em contato com o pesquisador responsável no Departamento de Ciências Veterinárias. Telefones de contato: 35 3829 1711 / 35 991167762.*

## **Apêndice B – Carta de Anuência apresentada a secretária municipal de saúde de Lavras, MG e a presidente do Núcleo de Estudos Saúde Única DMV/UFLA**

### **I - IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO**

Título do trabalho experimental: “Dengue: saberes e práticas da prevenção no município de Lavras/MG”

Pesquisador(es) responsável(is): Profa. Dra. Christiane Maria Barcellos Magalhães da Rocha e

Izabella de Lourdes Gattini Ribeiro

Telefone para contato: 35 3829 1711 / 35 991167762

### **II - PROCEDIMENTOS DO EXPERIMENTO**

Declaro estar ciente da pesquisa a ser realizada pelas pesquisadoras supracitadas e das atividades propostas que acontecerão nos prédios dos Programas de Saúde da Família (PSF) de cada bairro considerado de interesse para o estudo para analisar, identificar e descrever os saberes e práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Agentes de Combate a Endemias (ACE) e comunidade sobre as ações desenvolvidas para a prevenção da dengue. Será dada prioridade para coleta em bairros com registro de maior número de casos de dengue notificados no município de Lavras/MG no ano 2019. O número de PSF visitados será de acordo com a necessidade da pesquisa, considerando o método de saturação para definição do tamanho da amostra. Esta pesquisa acontecerá em dias previamente agendados com os coordenadores dos PSF e do Controle de Dengue lotados na Secretaria Municipal de Saúde e, após a definição das datas, as atividades serão amplamente divulgadas para a população residente nas áreas de cobertura de cada PSF. Será firmado parceria com o Núcleo de Estudos Saúde Única do Departamento de Ciências Veterinária da Universidade Federal de Lavras (UFLA) e Secretaria Municipal de Saúde de Lavras para a execução da mobilização social, denominada pelas autoras do projeto, como dia “Saúde Única”. Os Grupos Focais (GF) serão formados por membros da comunidade, Agente de Combate a Endemias (ACE) e Agente Comunitário de Saúde (ACS) de cada bairro do município, que aceitarem voluntariamente participar desta pesquisa, também estarão presentes nos GF um moderador, um observador e um relator – representados pelas pesquisadoras e por integrantes do Núcleo de Estudos Saúde Única\_ UFLA. As rodas de conversa serão gravadas e filmadas e ficarão em posse das pesquisadoras. As conversas serão transcritas na íntegra e serão utilizadas para a elaboração

de dissertação e artigos científicos. As imagens deverão ser descartadas ao término da pesquisa, garantido o sigilo de todas as informações. Os moradores do bairro, que estiverem presentes no momento da realização do dia “Saúde Única” e aceitarem participar da pesquisa de forma voluntária, deverão ter idade superior a 18 anos, possuir capacidade de interação e desenvolvimento de atividades em grupo e ser alfabetizado (critérios de inclusão).. Assim também, considera-se que os profissionais da saúde – ACE e ACS – para participar do GF deverão atuar nos bairros estudados (critério de inclusão), sendo que, os profissionais que estiverem afastados de suas atividades laborais serão excluídos deste estudo (critério de exclusão). Todos os participantes deverão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após ciência dos objetivos, justificativa e metodologia a serem aplicados na pesquisa, todas as informações presentes no TCLE serão colocadas de forma clara e objetiva e as pesquisadoras se colocarão a disposição para sanar qualquer dúvida sobre o projeto. A recusa de assinatura do TCLE será um critério de exclusão. O TCLE poderá ser cancelado em qualquer momento de desenvolvimento do estudo, mediante solicitação verbal e/ou escrita do indivíduo pesquisado às pesquisadoras. Todas as informações, que contenham dados de identificação e aspectos sociais do participante serão mantidas em sigilo, bem como as gravações de depoimentos e respostas dos participantes durante a realização do GF, que após transcritas literalmente, serão arquivadas em local seguro e de acesso restrito. Todo o material coletado no presente estudo será utilizado para a produção de uma dissertação e artigos científicos e posteriormente descartados. De acordo com os resultados da roda de conversa nos GF deverão ser coletados documentos de gestão e legislação do município, visitas programadas a locais de potenciais focos do mosquito citados, acompanhamento do serviço de um agente de endemias por PSF, e até mesmo entrevista com novos atores sociais do município para elucidação de determinadas interpretações ou representações sociais dos saberes e práticas do controle da dengue em Lavras/MG.

O estudo será suspenso imediatamente ao perceber algum risco ou dano à saúde do sujeito participante da pesquisa, conseqüente à mesma, não previsto no termo de consentimento, assim, tão logo constatada a superioridade de um método em estudo sobre outro, o projeto deverá ser suspenso, oferecendo-se a todos os sujeitos os benefícios do melhor regime. Os sujeitos da pesquisa que vierem a sofrer qualquer tipo de dano previsto ou não no termo de consentimento e resultante de sua participação, além do direito à assistência integral, têm direito à indenização. Os resultados serão divulgados publicamente, respeitando-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes das comunidades envolvidas na pesquisa. E por ser uma pesquisa realizada em comunidade,

buscar-se-á benefícios cujos efeitos continuarão a se fazer sentir após sua conclusão, assegurando assim, a inexistência de conflitos de interesses entre as pesquisadoras e os sujeitos da pesquisa. Os parceiros envolvidos no presente projeto de pesquisa – Secretaria Municipal de Saúde de Lavras e Núcleo de Estudos Saúde Única – serão comunicados dos resultados da mesma, como finalidade de contribuição para melhorias das condições de saúde da coletividade, garantindo a preservação da imagem e assegurando que os sujeitos envolvidos na pesquisa não sejam estigmatizados ou percam a autoestima. O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Lavras. Esta Carta de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses a partir de sua assinatura.

Lavras, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

Secretária Municipal de Saúde de Lavras – Gestora do SUS

---

Presidente Núcleo de Estudos Saúde Única - UFLA

**Esta carta de anuência encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada com o pesquisador responsável e a outra será fornecida aos assinantes.**

**Apêndice C – Fotos das atividades desenvolvidas nas ESF durante a coleta de dados para o estudo em questão**



Imagens 1 e 2: Bairro Bela Vista, ESF Vale do Sol, Lavras, MG.

Realização de palestra na praça do bairro sobre vacinação, aferição de pressão arterial sistêmica e glicemia dos moradores ali presentes e realização de convite para a participação no GF que aconteceu na unidade da ESF.



Imagem 3: Terreno baldio relatado no GF da ESF Vila São Francisco.



Imagem 4: Terreno com bananeiras e mina d'água relatado no GF da ESF Vale do Sol



Imagem 5 – Roda de conversa realizada na ESF Jardim Floresta