

**MODELO DE INTERVENÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE:  
NÍVEL DE ENVOLVIMENTO DA POPULAÇÃO NAS AÇÕES NECESSÁRIAS  
PARA O CONTROLE DA DENGUE EM BAIRRO ENDÊMICO DE FRANCISCO  
BELTRÃO/PR.**

BIGUELINI, Cristina Poll<sup>1</sup>  
GAZZI, Benvenuto Juliano<sup>2</sup>  
SABADIN, Mary Angela<sup>3</sup>

**RESUMO**

A problemática relativa a epidemia de dengue no município de Francisco Beltrão/PR, no ano de 2012, encontra-se elencada na falta de envolvimento da população, principalmente no bairro Cantelmo, nas ações de combate ao mosquito da dengue, associados ao descaso da população as políticas públicas e ao esgotamento das equipes de saúde. O objetivo central deste trabalho é discutir as formas de intervenção possíveis e necessárias para a não ocorrência futura de nova epidemia de dengue no município; utilizando-se da metodologia de modelos de intervenção baseados no enfoque de redes em saúde. Como resultado observaram-se diversos tópicos que vão desde a ineficiência das ações preventivas realizadas, possíveis subnotificações de ocorrência do vetor, descaso da população envolvida, distorção de conceitos: direitos e obrigações, entre outros. Levando a conclusão de que para se evitar uma nova epidemia de dengue no município é necessário um trabalho em rede, envolvendo-se população, órgãos públicos e serviços de saúde. Buscando assim uma maior cobertura de saneamento básico, coleta seletiva de lixo e fiscalização mais rígida.

**Palavras-chaves:** Políticas públicas; Dengue; Redes assistenciais.

**1 INTRODUÇÃO**

Durante o período das grandes navegações, o mosquito transmissor da dengue espalhou-se pelo mundo. Originário do Egito (o que derivou seu nome *Aedes aegypti*) acabou chegando ao “novo mundo” nos navios negreiros vindos da África. A ciência destaca que o mesmo foi cientificamente catalogado em 1762, sendo chamado de *Culex aegypti* e somente em 1818, após a classificação do gênero *Aedes*, passou a se chamar *Aedes Aegypti* (IOC, 2012).

A primeira epidemia de dengue nas Américas que se tem relato foi no século IXX no Peru, se alastrando posteriormente para Caribe, Estados Unidos, Colômbia e Venezuela. Assim como no Brasil, onde há relatos de casos em Curitiba (PR) no final do século IXX e em Niterói (RJ) no início de século XX. Sendo que, no início deste século o mosquito já preocupava, mas devido à transmissão da febre amarela,

<sup>1</sup> Farmacêutica Generalista. Mestranda em Geografia – UNIOESTE/BR; Mestranda em Salud Familiar Y Comunitária – UNER/AR.

<sup>2</sup> Farmacêutico Bioquímico, funcionário da 8ªRS. Mestrando em Salud Familiar Y Comunitaria – UNER/AR.

<sup>3</sup> Médica cirurgiã pediátrica. Mestranda em Salud Familiar Y Comunitária – UNER/AR. Contato: biguelini@gmail.com



e em consequência chegou a ser erradicado do Brasil em 1955; mas quando as medidas preventivas relaxaram, ele se reintroduziu (1960) e atualmente se encontra em todos estados brasileiros. O vírus da dengue foi descrito inicialmente em Roraima (Boa Vista) no início da década de 1980 e em 1986 causou uma epidemia no Rio de Janeiro e cidades do Nordeste (IOC, 2012).

Sua ocorrência no Brasil na atualidade é de grande escala e em sua maioria associadas às más condições sanitárias. No ano de 2012, o Estado do Paraná viveu uma epidemia de dengue. O LACEN (Laboratório central do Estado) informou que no período de agosto de 2011 a maio de 2012, foram recebidas 1.279 amostras para isolamento viral, sendo que destas, apenas 44 foram positivas. No período foram confirmados 18.828 casos de dengue no Paraná, sendo 1.650 autóctones<sup>4</sup> (quando a infecção ocorreu dentro do Estado) e 178 importados<sup>5</sup> (SESA, 2012).

A secretaria de saúde do município de Francisco Beltrão cita que o Índice de Infestação do Mosquito da Dengue em 2012 chegou a ser de alto risco. O Levantamento de Índice Rápido de Infestação do Mosquito da Dengue (LIRA), criado pelo Ministério da Saúde, foi realizado no mês de abril, por intermédio de pesquisa larvária, a partir da coleta de água parada nos domicílios em diversos bairros da cidade, com intuito de identificar a situação dos focos de proliferação do mosquito *Aedes Aegypti* por local. O Ministério da Saúde prevê três classificações no índice de infestação. O primeiro é de 1%, considerado satisfatório; o segundo é de 1% a 3,9%, significando alerta e o terceiro é 3,9%, sendo fator de risco. O município de Francisco Beltrão surpreendeu com registro 8,7% acima da média, considerado de Alto Risco. Retratando que em 10/05/2012 já se somavam 505 casos de dengue confirmados (1.144 suspeitos), onde 195 foram no bairro Antonio de Paiva Cantelmo e 169 nos bairros próximos (Floresta, Pinheirinho, Pinheirão e Virginia) todos pertencentes à região cidade norte; totalizando 72% das ocorrências (SESA, 2012). Onde se iniciou um trabalho, em conjunto com diversos órgãos públicos e privados, para o combate ao mosquito da dengue. Sendo que nos locais de maior prevalência os trabalhos foram intensificados, realizaram-se mutirões de limpeza e trabalhos de orientação a prevenção.

A problemática encontra-se na falta de envolvimento da população, principalmente no bairro Cantelmo, nas ações de combate ao mosquito da dengue,

---

<sup>4</sup> Adquirido no Município

<sup>5</sup> Trazido de outros Municípios



associados ao rechaço às políticas públicas e o esgotamento das equipes de saúde; o que deriva na ocorrência de uma epidemia que vem assolar o município como um todo. O objetivo central deste trabalho é discutir as formas de intervenções possíveis e necessárias, com foco aos modelos de intervenção baseados em redes, para a não ocorrência futura de nova epidemia de dengue no município.

## 2 REVISÃO BIBLIOGRAFICA

### 2.1 Dengue

O vírus do Dengue é um Flavivírus, portanto do mesmo gênero do vírus da hepatite C e da febre amarela, que também são hepatotrópicos. A patologia dengue é uma doença sazonal e viral, cuja sintomatologia básica é febre alta e repentina, seguida de dores pelo corpo. No mundo são descritos 4 tipos de vírus causadores da dengue: DENV-1, DENV-2, DENV-3, DENV-4; onde todos causam a doença dengue, mas após contrair qualquer um deles, a pessoa fica imune, estando sujeita a outro dos 3 tipos. Concluindo-se que a pessoa pode contrair dengue até 4 vezes, ficando então imune a todas as formas de vírus existentes (MS, 2012).

No Brasil ela costuma aparecer nos meses de verão, por ser um período chuvoso e quente, sendo que 70% dos casos foram registrados de janeiro a maio. Nas últimas duas décadas, o País viveu quatro grandes epidemias que foram em 1998, 2002, 2008 e 2010, associadas à mudança do sorotipo viral predominante: em 1998 foi o sorotipo 1, em 2002 o 3, em 2008 o 2 e em 2012 novamente o sorotipo 1 (MS, 2012).

Marzochi e Feldman (1991) descrevem que a WHO (organização mundial da saúde) classifica a dengue de duas formas: a “clássica” ou “febre dengue” (DF) e a Hemorrágica (DHF: febre dengue hemorrágica) (Figura 1); onde a primeira é definida como uma doença febril aguda acompanhada por cefaléia, dores musculares e articulares; e a segunda (DHF), como uma doença febril aguda caracterizada clinicamente por uma diátese hemorrágica e uma tendência a evolução para a síndrome de choque (síndrome de choque por dengue - DDS) que pode ser fatal.



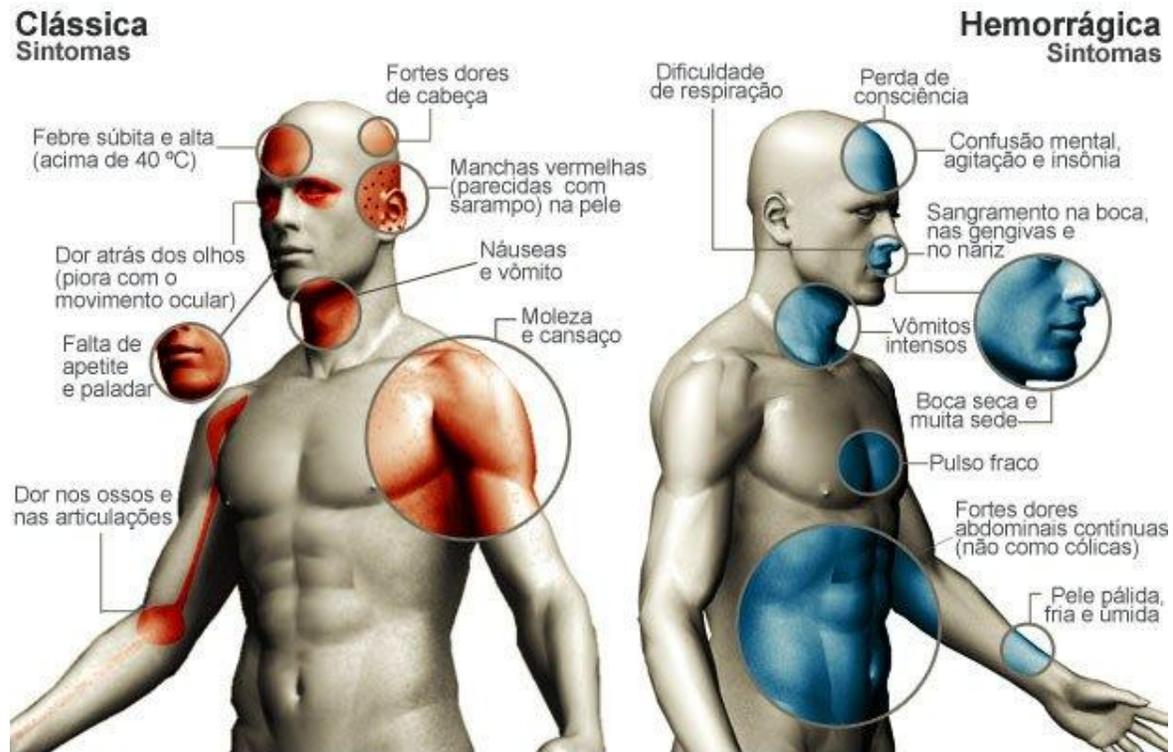


Figura 1: Sintomas diferenciais de dengue clássica e dengue hemorrágica.

Fonte: MS, 2012

Dentro das duas formas de dengue, são admitidas variações de gravidade: a chamada "forma clássica" ou "febre dengue", variando desde a "febre não diferenciada" (síndrome viral), até a "síndrome de febre por dengue" que se apresenta "sem hemorragia" ou "com hemorragia incomum"; e a chamada "febre dengue hemorrágica", que se instala com o mesmo quadro clínico da febre dengue e pode evoluir sem choque ou com choque, tem como "fenômeno hemorrágico mais comum a prova do laço positiva" (em torno de 76 a 100%), podendo ocorrer vários outros tipos de sangramentos. Mais raramente, casos de choque sem hemorragias e acometimentos neurológicos são associados a surtos de DHF (MARZOCHI e FELDMAN, 1991).

### 2.1.1 Tratamento

O tratamento da Dengue é sintomático, onde os medicamentos são apenas para amenizar os sinais e sintomas, e não para combater o vírus, que é destruído pelo próprio sistema imunológico do indivíduo. As recomendações são fazer repouso, não se agasalhar excessivamente e beber muito líquido para evitar a desidratação proporcionada pela febre e evitar sintomas mais desagradáveis. No caso da forma hemorrágica, é recomendada a aplicação de soro e plasma, podendo

ser necessário transfusão sanguínea. O paracetamol é o fármaco mais utilizado para tratamento da dor e febre no paciente com dengue, mas ressalta-se que o vírus do dengue causa, em praticamente 100% das pessoas infectadas, um quadro de hepatite, e o paracetamol é hepatotóxico, podendo agravar o problema. O ácido acetilsalicílico é contraindicado, porque essa substância interfere nos mecanismos de coagulação e pode favorecer o aparecimento de manifestações hemorrágicas. Assim sendo, os medicamentos que poderiam ser utilizados com um pouco mais de segurança seriam a dipirona e o ibuprofeno (CARVALHO, 2008).

### **2.1.2 Prevenção e controle**

A falta de vacina, a força de morbidade do agente infeccioso e a alta competência vetorial do *Aed. aegypti*, vetor bem adaptado ao ambiente urbano densamente povoado, com deficiências e estilos de vida da população que geram *habitats* ideais para este mosquito, tornam a prevenção da dengue uma tarefa quase impossível basicamente devido aos atuais meios disponíveis para sua prevenção, onde o foco principal é a eliminação do mosquito em suas diferentes fases; porém, de modo geral não tem conseguindo conter a disseminação do vírus e as epidemias se sucedem, em grandes e pequenos centros urbanos (BARRETO, TEIXEIRA, 2008).

Ações coordenadas de várias esferas de governo e forte articulação com a sociedade civil devem ser à base do trabalho, onde sua execução traria impacto positivo sobre a ocorrência de outros problemas de saúde relacionados com as condições ambientais urbanas, tais como mortalidade infantil, diarreia, leptospirose, hepatite A, cólera, entre outras. Que, por sua vez, contribuiria substantivamente para a melhoria da qualidade de vida em nossos centros urbanos (BARRETO, TEIXEIRA, 2008). Tendo assim a tríade básica para a erradicação da problemática dengue, que é saneamento, educação e mobilização Social.

## **2.2 Intervenções em saúde**

### **2.2.1 Modelos de intervenção**

Os modelos assistenciais ou de intervenção combinam técnicas e tecnologias para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, que podem ser relevantes na área de saúde pública, pois apontam para um determinado modo de dispor os meios técnicos científicos existentes para intervir



sobre riscos e danos, incorporando uma lógica que orienta as intervenções. Os modelos explicativos de promoção da saúde, por sua vez, são subsidiados pelo conjunto de práticas e saberes que influenciam os serviços de saúde. Esses modelos permitem estabelecer quadros analíticos comparativos entre diferentes culturas e sistemas de tratamento e podem ser classificados em duas categorias: modelos centrados nas tomadas de decisão e no comportamento individual, e aqueles que possibilitam a interação entre os indivíduos e os prestadores de serviço. Já os modelos explicativos e de intervenção no campo da promoção da saúde possibilitam que os determinantes dos problemas possam ser compreendidos mais facilmente e, assim contribuir para a promoção de conhecimento, reflexão e decisão no ato de agir e cuidar, possibilitando maiores chances para a promoção da saúde e prevenção de doenças (ROUQUAYROL et al. 2003; CARVALHO, 2004; ALVES, 2006; TRAVASSOS Y MARTINS, 2004).

Tais modelos de intervenção não deixam de serem estratégias sociais ou “Políticas públicas”, pois são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, ou seja, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos. Porém, nem sempre há compatibilidade entre as intervenções e declarações de vontade e as ações desenvolvidas.

Schnitman (1994) cita que “os novos paradigmas sustentam o conceito de diálogos generativos, porque permitem trabalhar com as possibilidades e realidades emergentes”, assim como o trabalho dos agentes comunitários de saúde nas comunidades, que tem que ser baseados em novos paradigmas e em realidades distintas constantemente, sempre focando na importância do indivíduo na sociedade, sabendo-se que esta sociedade produzida, é levada interiormente e reproduzida. E assim se invertem os papéis, mudando de produtores a produto.

Pergunta-se a maneira de se reformularem modelos e praticas, avançando no setor de processos generativos e a resposta é que os modelos que propõem pré-desenhos focados em experiências, necessitam da complementação de outros modelos, que permitam aos participantes reconstruírem seus centros de experiência. Investigadores e realidades, grupos e contextos, profissionais e consultores, tornam-se autores de cada processo singular, focalizado nas atividades de construção social



de realidades específicas, locais e situadas. As micro-práticas e micro-diálogos cobram uma significativa importância, não só como antecedentes ou ilustrações de temas mais gerais, mas também como objetos adequados de indagação e de pontos de partida em processos generativos (SCHNITMAN, 1994).

Assim Schnitman (1994) descreve que podemos denominar “criação dialógica” a construção gradual num determinado tempo de algo novo, mediante o diálogo reflexivo e da aprendizagem conversacional em grupos de pessoas. Pois no desenvolvimento do processo, as pessoas ou os grupos chegam a ver, experimentar, descrever e/ou posicionar-se de maneiras distintas.

Dabas (1995) disse que a intervenção, ao colocar em contato os atores sociais, rompe com a construção subjetiva de “plateia do mundo” e introduz uma ruptura na situação de “espectador passivo”, de um cenário onde os eventos ocorrem, impondo o domínio do efêmero, inatingível e imutável, aonde a única regra é que ele tem o controle de zapping (de mudar).

Observa-se que a sociedade civil se desenvolve e cresce a partir do momento que seus integrantes possam evoluir de “pessoa objeto” a “pessoa sujeito”, com um protagonismo responsável nas diferentes redes que atuam. Incrementando a capacidade de tomada de decisões em função do bem estar da comunidade e do desenvolvimento produtivo ao se sentirem atores ativos do processo (DABAS, 1998). Sendo que este processo de reconstrução deve ser pensado como uma mudança nas relações, nas formas de criar vínculos e na aceitação das diferenças e discordâncias, no conhecimento de que se passará por tensões envolvendo o local de intervenção, na certeza de que a ética será colocada em evidencia nos procedimentos e não ser somente um discurso maniqueísta (DABAS, 1995).

Deste modo a intervenção em redes sociais possibilita a criação de novas respostas frente aos problemas e necessidades. A possibilidade de conscientização, isso é, passar do “aquilo que faço habitualmente, sem dar-me conta” para uma situação de se dar conta por meio do compartilhamento com outros, do incremento da responsabilidade social, da formação e desenvolvimento dos cidadãos, a capacitação de atuais e futuros dirigentes de uma comunidade, o aumento do grau de complexidade das organizações sociais e seu processo de desenvolvimento, assim como a capacidade de gestão para ampliar o grau de desenvolvimento dos processos de autogestão e do surgimento de novas formas co-gestivas (DABAS, 1995).



### 2.2.2 Redes nocionais

Uma rede nocional é uma espécie de mistura de mapa conceitual e rede conceitual, que faz com que as pessoas envolvidas em um problema, pensem a respeito do problema (noção do problema); o que se relaciona ao quê; o que é o foco (F) e o que é parâmetro(P), avaliando-se assim os conceitos dos envolvidos sobre a situação. É uma questão de governabilidade, onde o “parâmetro” esta relacionado às condições de gerenciamento (ex.políticas publicas ineficazes) e é aquilo que não se pode mudar com ações pessoais; e “foco” é aquilo que faz parte de uma idéia pessoal, podendo sofrer alterações (CEI, 2006).

Os mapas conceituais começaram a ser usados nos anos 60, conforme descreve Roxana Cei (2006), servindo de base organizativa e representativa de conhecimentos sobre uma problemática:

Nos anos 60, David Ausubel propôs a realização de mapas conceituais para a organização e representação do conhecimento, associados às teorias da psicologia do aprendizado. Seu objetivo era representar a relação entre conceitos e as relações existentes em forma de proposições que se ligam aos conceitos por meio de linhas. As linhas, por sua vez, têm associado palavras que descrevem qual a natureza da relação que liga os conceitos. Proposições são sentenças que contêm dois ou mais conceitos ligados com outras palavras. Eles também são chamados de "unidades semânticas" (CEI, 2006, p.326).

Os mapas conceituais são uma forma de Inclusão de conceitos em classe de representatividade ou importância, ou seja, opiniões hierarquizadas; assim como as redes conceituais. Dentro deste contexto se destacam as redes nocionais, que vem a tratar das noções dos envolvidos e não só os conceitos que tem a respeito. Enfatizando ocorrências, pessoas, lugares, momentos, conceitos e atitudes em uma forma particular de dinâmica de interação (CEI, 2006).

Roxana Cei (2006) cita que uma rede nocional tem uma sequencia de elaboração, onde inicialmente se realiza uma configuração da micro área de complexidade na tarefa a ser resolvida. Em segundo, se selecionam as palavras-chaves, os nós da situação. Em um terceiro tempo, se observam se existam outras palavras que podem ser associadas à área foco. Partindo-se então para a identificação dos vínculos existentes, descrevendo isso em um diagrama, para futura interpretação visual da problemática e descrição final narrativa da situação observada.

A construção de redes nocionais colabora com o trabalho em rede, uma vez que permite:



- a) Resgatar as experiências que derivam das histórias das pessoas com quem trabalhamos, incluindo as sensações que vivem.
- b) Desenhar múltiplos caminhos reconhecidos entre os vários conceitos e organizá-los em um gráfico, sendo uma forma de mapeamento de ideias, de sentimentos, de pessoas.
- c) Ajudar na difícil tarefa de se concentrar em um tópico – um problema. Uma vez que as noções que mais ativações recebem, podem ser vistas como centrais ou globalizantes a um tema específico. Apesar de muitas vezes serem escolhidos "para se concentrar" em questões que são definidos de acordo com outros critérios (como a acessibilidade, urgência, etc.) (CEI, 2006. p.329).

Roxana Cei (2006), ao citar o pensamento de Elina Dabas, descreve que a rede nocional busca produzir sentidos e não interpretar um conhecimento já estabelecido. E conclui que a construção de uma rede nocional é uma prática cognitiva que cartografa particularmente as tramas de noções que um sujeito produz sobre determinada situação, em determinando tempo e espaço.

### **3. ESTUDO DA OCORRÊNCIA DE EPIDEMIA DE DENGUE EM FRANCISCO BELTRÃO**

A amostra utilizada nesta análise intervencionista é a população do bairro Antonio de Paiva Cantelmo, no ano de 2012, em Francisco Beltrão/PR. Por ser onde se encontrou o maior número de casos de dengue e que não havia histórico de larvas do mosquito anteriormente. Sendo que a problemática esta elencada na capacidade reduzida de parte da população em comprometer-se com as ações de prevenção de vetores e o descaso dos mesmos com as políticas públicas de prevenção, somados ao esgotamento das equipes de saúde. O objetivo focou-se na desconstrução do problema para resolvê-lo, não para as pessoas e sim com as pessoas envolvidas. Avaliando-se quais os problemas significativos para a localidade em relação às práticas de saúde.

#### **3.1 Contextualização do problema**

##### **3.1.1 Histórico do problema**

Segundo informações da 8ª Regional de saúde do Paraná (2012), há aproximadamente 6 anos, a cidade de Francisco Beltrão vem realizando campanhas de limpeza das casas, para eliminação de reservatórios das larvas e do mosquito da dengue, sem uma grande participação/colaboração da população. Assim, se observa que os casos de dengue no município nos anos de 2010 e 2011 foram em distintos bairros, mas não ocorreram no bairro Cantelmo. Em dezembro de 2011 a taxa de ocorrência neste bairro era de 0%, muito embora em janeiro de 2012 o



índice evoluiu para 14%. Os primeiros casos foram observados já no final de janeiro, quando também foram iniciadas as ações de combate ao mosquito:

- De janeiro até maio realizaram-se 6 trabalhos de limpeza e eliminação de reservatórios no local.
- Iniciaram-se campanhas educativas na comunidade, através da imprensa (rádio, jornal, panfletagem, carros de som...);
- Reuniões com a sociedade local, para divulgação e cooperação na problemática;
- Em fevereiro teve início o fumacê no bairro para acabar com o mosquito;
- De março a maio distribuíram-se protetores para as fossas e esgotos domiciliares;
- Trabalhou-se a atualização das equipes de saúde (agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias, médicos, enfermeiros, e outros);
- De janeiro a junho intensificou-se a supervisão e acessória da 8ª RS para com a secretaria municipal de saúde;
- O setor de saúde solicita ajuda de todos os órgãos/instituições que possam ajudar no combate ao mosquito e seu vetor: Rotary clube; UNIPAR; SESC; SANEPAR; Defesa civil; Corpo de bombeiros; Sec. Municipal de saúde; Sec. Municipal de urbanismo; Sec. Municipal de meio ambiente; Sec. Municipal de educação; 16º esq. Cavalaria mecanizada; Grupo de escoteiros 14 de dezembro, 8ª Regional de saúde; entre outros.

### 3.1.2 Atores

Os atores envolvidos neste trabalho foram a população do bairro Cantelmo, os profissionais de saúde (ACS, ACE, enfermeiros, médicos e outros órgãos ambientais e de urbanização; Políticas públicas; Catadores de lixo e papel; Ministério público).

### 3.1.3 Cenário

O cenário em que ocorreu a epidemia de dengue no município pode ser descrito em quatro visões: o da população envolvida, o dos agentes de saúde do local, o da secretaria de estado de saúde do Paraná e o da secretaria de saúde do município.

Onde os agentes de saúde local descrevem um intenso cansaço, devido ao trabalho a que estão sendo expostos e julgam que as ações de limpeza, com junção do lixo nas residências, são responsabilidade da população (remoção dos



reservatórios do mosquito - larvas). Por sua vez a população considera ser de responsabilidade do poder publico (Município, Estado) retirar o lixo de suas casas, pois assim o fazem há muitos anos nos trabalhos de prevenção.

O Estado do Paraná, por meio da 8ª regional de saúde, considera ter havido falha nas ações do programa de combate a dengue no município de Francisco Beltrão, pois é impossível uma epidemia em local de índice de infestação zero.

Para a secretaria de saúde do município a epidemia se deve ao descaso da população às políticas publicas de saúde.

### 3.1.4 Localização espacial do desenvolvimento do trabalho

O trabalho foi desenvolvido no local da epidemia, no bairro Antonio de Paiva Cantelmo (APC), na região norte da cidade de Francisco Beltrão, que conta com 1423 habitantes (Figura 2).



Figura 2: Mapa da área do Bairro Antonio de Paiva Cantelmo  
Fonte: Google EARTH, 2012

### 3.1.5 Problemas significativos observados

Alta incidência de casos de dengue no bairro Cantelmo (Figura 3), onde no levantamento dos principais problemas observados, destaca-se a presença de reservatórios (criadouros) do mosquito vetor da Dengue. Seguido do acúmulo de lixo nas casas e nos terrenos baldios, que muitas vezes contam com depósitos clandestinos de lixo reciclável. Fossas sem proteção alguma e ausência de saneamento básico também foram encontrados.

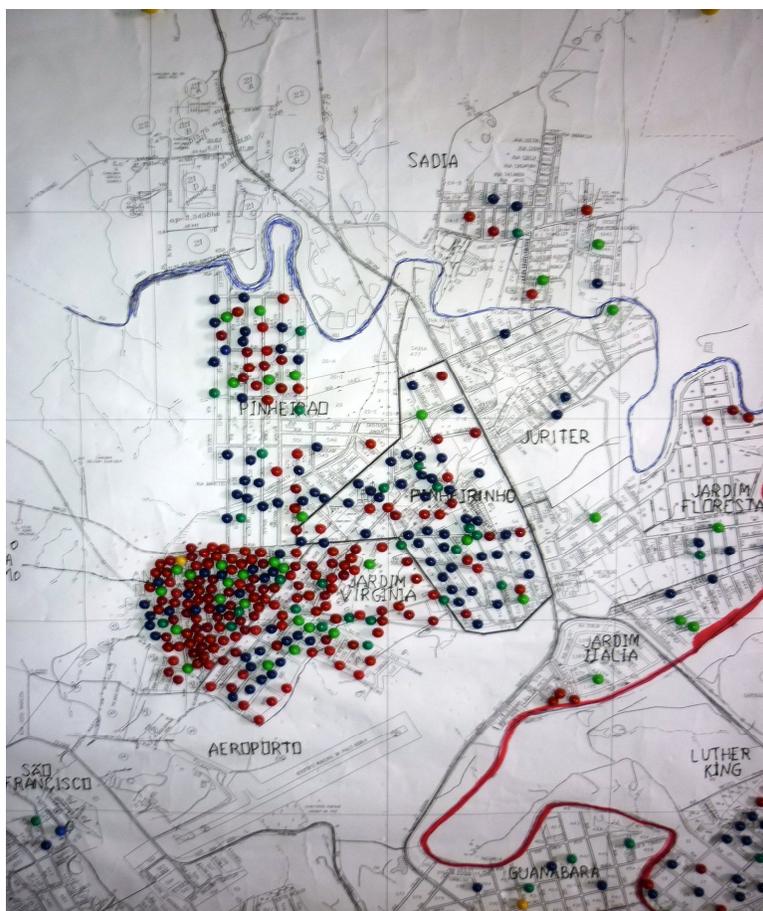


Figura 3: Casos de ocorrência de dengue na cidade norte – Francisco Beltrão/PR  
Fonte: 8ªRS,2012

Uma das maiores problemáticas foi a falta de integração nas ações intersetoriais públicas (saúde, educação, órgãos ambientais, urbanização, ...) e a população; bem como ações onde o governo realiza trabalhos que na realidade são de obrigação da população (limpeza em torno de suas casas), tornando-os dependentes, e confundindo-os no significado dos conceitos de direitos e deveres. Levando a população a não saber quais são suas obrigações no combate a dengue, desfazendo das informações e ações propostas pelas autoridades públicas.

### 3.1.6 Rede conceitual dos problemas em função de seus vínculos

Rede conceitual é um conjunto de conceitos, logicamente estruturados para uma melhor compreensão. Ou seja, é a teia de informações formada para compreensão de um determinado conceito, onde é necessário fazer referências a outros conceitos. Assim, os conceitos não são algo isolado, são interdependentes e compreensíveis um em função do outro de forma interligada:

Compreender algo ou identificar “o que é isso” é encontrar um lugar para o conceito em questão em nossa rede conceitual. Além de permitir “encontrar um lugar” para cada conceito individualmente, nossa rede conceitual também nos proporciona uma visão de totalidade: ela unifica nossos conceitos, formando um todo “coerente”, uma visão de mundo que estabelece inclusive o que é possível e o que não é, o que faz sentido e o que não faz (REDE CONCEITUAL, 2012. p.1)

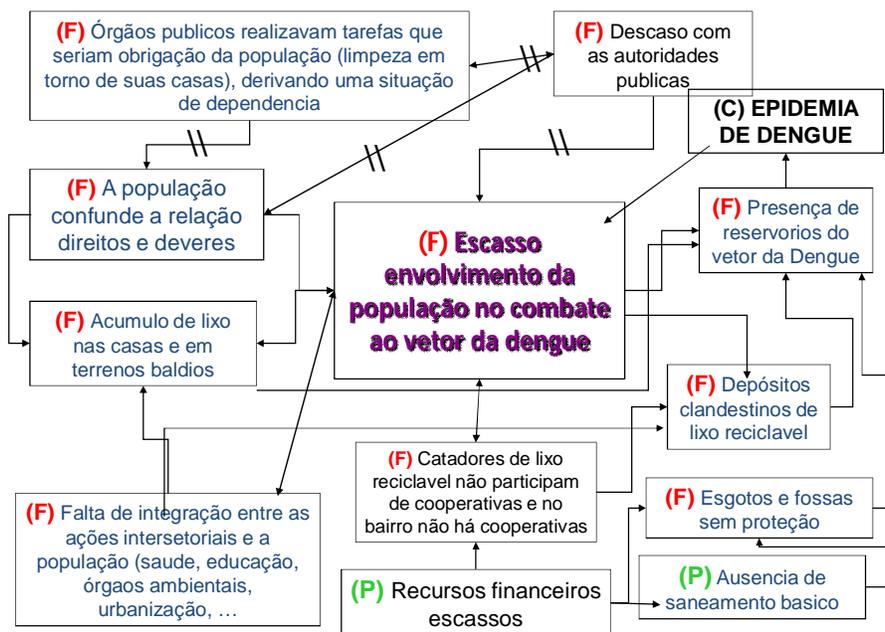


Figura 4: Rede Ncional dos problemas

Fonte: baseado em Roxana Cej, 2006.

Onde: F=Foco; P= Parâmetro; C=Consequência.

A estruturação da rede conceitual ou nocional da situação da epidemia de dengue no bairro Cantelmo em Francisco Beltrão (Figura 4) demonstrou que o escasso envolvimento da população tem em sua maioria fatores que podem ser trabalhados pela população, como o fato de a mesma confundir os limites da relação direitos e deveres. Observou-se neste item uma dependência da população em ações que julgam ser responsabilidade dos órgãos públicos, como a limpeza de seus terrenos, pois os órgãos públicos, com intuito de minimizar problemas, por vezes se veem obrigado a realizar tarefas como esta, derivando numa situação de

dependência. Mas também se observou causas que são prioritariamente responsabilidade do poder público, como a baixa cobertura de saneamento básico e os recursos financeiros escassos para se trabalhar esta problemática.

### 3.1.7 Análise do significado destes termos para os atores envolvidos

Inicialmente esta situação deriva em um aumento na necessidade de atendimento em saúde (epidemia), desde o básico nas unidades de saúde até o atendimento a nível hospitalar. Assim como as inúmeras comorbidades associadas, que são reforçadas pelo aumento de vetores causadores de outras enfermidades, como verminoses, leptospirose, doenças de pele, entre outras.

Situação que leva também a um incremento no ausentismo laboral e escolar, fora a recriminação e o estigma que se cria sobre um bairro ou população acometido por uma patologia como a dengue, que muitas vezes é associado à falta de higiene. Desta forma se realiza uma avaliação das possíveis hipóteses/opiniões dos atores envolvidos na problemática (rede nocional):

### 3.1.8 Hipóteses dos diferentes atores sobre a ocorrência de dengue

Atores envolvidos	Hipóteses
População	- É dever do governo cuidar de nós - A equipe de saúde são “nossos” empregados - o Governo quer mandar na gente
Equipe de Saúde	- a população não colabora conosco - “Estamos esgotados de fazer sempre o mesmo” - não conseguimos envolver a população - algumas casas são verdadeiros chiqueiros;
Outros órgãos (ambientais, urbanização, educação, ..)	A dengue é um problema de saúde A saúde exige demais de nós
Catadores de lixo	Necessitam ingressar numa cooperativa de reciclagem, mas as cooperativas tiram muito do nosso ganho. Não veem problema em ter em suas casas o lixo que recolhem para reciclar Não somos culpados por nenhuma doença.
Regional de Saúde (Secretaria de Saúde do Estado do Paraná)	O município falhou no levantamento de seus dados (indicadores); pois como pode haver uma epidemia num bairro com índice de infestação zero. Ocorreu falha nas ações do programa nacional de combate a dengue, pelo município.
Ministério Público	O setor de saúde e outros órgãos públicos responsáveis não fizeram seu trabalho Foram negligentes e deve-se cobrar isso deles
Políticas públicas	Primeiramente, a população deve ser protegida e necessita de assistência e apoio.

Modelo: DABAS, 2011. p.88



### 3.2 Disposição de recursos e formas de manutenção

Nesta avaliação intervencionista, convém verificar quais os recursos que se dispõem para a realização do trabalho proposto e também aquilo que se deve buscar e como. Segundo DABAS (2011), isso permite com que se saia da visão “eles tem que nos dar tudo”, para poder se visualizar qual a responsabilidade de cada ator no processo. E cita que as propostas que partem desta concepção, promovem um trabalho em rede, pois se baseiam na convicção de que o próprio mundo só pode existir, porque foi construído por todos.

#### 3.2.1 Recursos Disponíveis

RECURSOS DISPONÍVEIS	MANUTENÇÃO
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equipe de saúde (ACS, ACE, PSF, UBS);</li> <li>2. Gestores</li> <li>3. Catadores de lixo / Prefeitura</li> <li>4. Cooperativa dos catadores de lixo reciclável;</li> <li>5. Associação de moradores/bairros</li> <li>6. “Vigilância Sanitária” / agentes sociais; outros órgãos públicos;</li> <li>7. Famílias que querem colaborar;</li> <li>8. 8ª Regional de Saúde</li> <li>9. Ministério Público;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Reuniões motivacionais para os trabalhadores públicos, com atualização; maior supervisão na execução dos trabalhos.</li> <li>2. Manter-los informados das ações nos bairros</li> <li>3. Convidar-los para as reuniões motivacionais (3, 4 e 5);</li> <li>4. (5, 7) realizar ações informativas (teatros, palestras...) sobre os riscos das doenças e as formas de prevenção.</li> <li>5. (6) promover a integração dos diferentes órgãos e instituições para o controle da dengue;</li> <li>6. (8ª RS) Ampliar a supervisão dos trabalhos na cidade e proporcionar um maior numero de capacitações.</li> <li>7. Mantê-los informados e convidá-los para as reuniões motivacionais/informativas.</li> </ol>

Modelo: DABAS, 2011. p.90

Assim sendo, observa-se que a responsabilidade de tudo o que ocorre, de bom ou de ruim, é compartilhada, pois todos sabem de algo e podem compartilhar o que conhecem, assumindo responsabilidades por suas ações. (DABAS, 2011)

#### 3.2.2 Recursos não disponíveis:

RECURSOS	COMO OBTER?
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ampliação da rede publica de esgoto;</li> <li>2. Terminar com o problema de lixo espalhado por qualquer lugar;</li> <li>3. Coleta seletiva e seleção de resíduos</li> <li>4. Que não haja Dengue na comunidade.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Busca de recursos para a empresa de Saneamento (SANEPAR) nos órgãos competentes;</li> <li>2. Orientar aos vizinhos, que atiram o lixo a esmo, aleatório, em qualquer lugar;</li> <li>3. Associação de moradores/bairros, os gestores públicos e as cooperativas de catadores de lixo.</li> <li>4. Conjunto de ações que derivarão na extinção do vetor.</li> </ol>

Modelo: DABAS, 2011. p.91



<b>Ações</b>	<b>Tempo de trabalho</b>	<b>Quem realizou?</b>	<b>Obstáculos</b>	<b>Tipo de participação</b>	<b>Conquistas obtidas</b>	<b>Organizações envolvidas</b>
Força tarefa	Janeiro a junho	ACS, ACE, população órgãos ambientais, entre outros	População resistente as ações	Direta	Redução de casos, da presença de lixo e dos reservatórios nas residências	Associações e igrejas
Campanhas do Ministério da saúde	Permanente	Ministerio da Saude	Custos	Indireta	Conscientização da população	
Reuniões com a Equipe de Saúde	Janeiro a maio	Governo e 8ª Regional	Limitada Participação	Direta	Revisão dos problemas	
Distribuição de folhetos	Permanente	ACS e ACE	Pessoas não leem as informações; Baixo nível de compreensão	Direta / Indireta	Maior divulgação dos cuidados com a Dengue	
Reuniões entre entidades e a comunidade	Janeiro a maio	Prefeitura	Baixa participação	Direta		Associações comunitárias, igrejas, entidades como Rotary, Lions, etc...
Anúncios nos meios de comunicação	Janeiro a junho	Prefeitura	Custos ;	Indireta	Maior divulgação dos cuidados com a dengue e sua prevenção	
Notificação sanitaria	Constante	Prefeitura	População não compreende quais suas responsabilidades	direta	Resoluções de alguns problemas pontuais	
Capacitação das equipes de saúde	Janeiro a maio	Prefeitura e 8ª RS	Limitada Participación / mala adherencia	Direta	Melhor qualificação	
Fumacê	Fevereiro a abril	Prefeitura e 8ª RS	Resistencia de la población	Indireta	Redução no numero de mosquitos	

### 3.3 RESUMO DAS INTERVENÇÕES REALIZADAS

Modelo: DABAS, 2011. p.92



Analisando-se o resumo das intervenções, cita-se Dabas (2011), que descreve que esta forma de recuperação de experiências, através da análise das praticas cotidianas, possibilita tanto sair do “nós não podemos” como ver quais as possibilidades de cada um e do coletivo. Sendo assim, representa a passagem do “o que eu faço todos os dias sem notar” para o “compreender o que eu realizo”, finalizando no reconhecimento das praticas de seus semelhantes e redescobrimdo suas próprias.

### **3.4 Proposta de intervenção**

Depois da avaliação dos métodos intervencionistas, se estabeleceu uma proposta de intervenção baseada nos métodos revisados (DABAS, 2006; DABAS, 2011) destacando a visão da população envolvida. As propostas focam-se na resolução dos problemas elencados: reforçando o papel dos agentes comunitários de saúde e dos agentes de controle de endemias. Destacando-se que os trabalhos (desde a coleta do lixo nas residências) devem ser executados “com” os moradores e não “para” os moradores.

#### **3.4.1 Para aumentar o envolvimento da população**

Aumentar as discussões, estimulando o uso de exemplos locais de famílias que executam adequadamente as ações de prevenção de dengue; promover gincanas educativas, com provas direcionadas as ações ambientais no local, como limpeza de terrenos baldios, coleta de lixo reciclável; com uma premiação final para os melhores colocados. Levar os ganhadores a darem entrevistas em televisão e radio, bem como manter a imprensa cobrindo a realização do evento. Em segundo plano, manter uma ampla divulgação (cartazes, radio e televisão) dos índices de infestação, onde a população geral tem conhecimento de tais dados.

Observa-se finalmente que surgem outras formas de se conceber as relações entre as pessoas, que são através de redes e das concepções heterárquicas. O que nos distancia das antigas formas hierárquicas, que impõem uma autoridade onde somente existe uma única verdade. A partir desta nova perspectiva, o conhecimento passa a ser o produto da forma singular da relação entre as pessoas e seu mundo. É o resultado da inter-relação global do homem com o mundo ao qual pertence; o mundo da diversidade onde a integração só pode esperar a legalização da



legitimidade das diferenças, reconhecendo o território polimorfo e multiforme da diversidade dos sentidos (PERRONE E DABAS, 1999).

### **3.4.2 Para minimizar o esgotamento das equipes de saúde**

Realização de ampla revisão nos programas existentes para combate e prevenção da dengue, buscando maior compreensão e qualidade nas execuções das ações. Ampliar também a supervisão dos trabalhos preventivos e criar um canal de comunicação direta entre população e poder público para esclarecimento de dúvidas e denúncias, agilizando o repasse de informações e resultados dos trabalhos.

Convidar os agentes de saúde para participar da premiação da gincana de terreno mais limpo. Ampliar a integração e interação de atividades entre os agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias, e equipes das UBS's e saúde da família.

## **4 CONCLUSÃO**

As principais características do modelo de intervenção utilizado pelo Ministério da Saúde do Brasil, entre os anos de 1990 e 2002, foram baseados na fragmentação de estratégias e pouca clareza acerca da direcionalidade das políticas; a coexistência de velhas e novas práticas de atuação federal; o grande peso da normatização e dos mecanismos financeiros de indução e regulação de políticas sobre Estados e municípios; a diversificação das estratégias, mecanismos e instrumentos de regulação; a adoção de estratégias de regulação de mercados orientadas para a proteção aos consumidores; o insuficiente regulação federal sobre mercados e agentes privados e; o excesso de atuação federal em alguns âmbitos e deficiência em outros, no que concerne às condições necessárias para a consolidação do SUS (MACHADO, 2007).

O aumento de ocorrência da dengue tem se constituído em um crescente objeto de preocupação para a sociedade e, em especial, para as autoridades de saúde, em razão das dificuldades enfrentadas para o controle das epidemias produzidas por esse vírus e pela necessidade de ampliação da capacidade instalada dos serviços de saúde para atendimento aos indivíduos acometidos com formas graves, em especial a FHD.



Conclui-se que a proposta de intervenção a ser realizada deve ser baseada no modelo de rede apresentado, onde se observa diretamente os atores envolvidos e suas ações, bem como a visão particular desta população alvo, ampliando as discussões nos bairros não somente quando o problema já “é um problema”, mas antes de chegar a ser um. Tornar habito as discussões horizontais, onde as ações a serem tomadas partem dos envolvidos na problemática, que derivam em melhores resultados finais; mantendo-se sempre uma revisão constante dos programas e das melhores formas de prevenção, ampliando a integração e interação de atividades entre os agentes comunitários de saúde, agentes de controle de endemias e equipes das Unidades básicas de saúde (UBS's) e saúde da família.

## REFERÊNCIAS

ALVES PC. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22(8). Rio de Janeiro, 2006. p.1547-1554.

BARRETO, M.L.; TEIXEIRA, M. G.. Dengue no Brasil: situação epidemiológica e contribuições para uma agenda de pesquisa. **Estudos avançados**, vol.22, n.64. São Paulo, 2008. p. 53-72.

CARVALHO S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9(3). Rio de Janeiro, 2004. p.669-78.

CARVALHO, E. R. M. **Dengue**-equivocos no tratamento. Grupo otimismo de Apoio ao portador de Hepatite. Abri. 2008.

CEI, R. La red nocional como herramienta cognitiva para el análisis de procesos sociales. In: DABAS, E. **Viviendo Redes**: experiencias y estrategias para fortalecer La trama social. 1ªed.FUNDARED. Circcus. Buenos Aires, 2006.

DABAS, E.; PERRONE, N. **Redes en salud**. Instituto Pasteur. FUNCER. Buenos Aires, 1999. Disponible en:< <http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/redes.pdf>>. Extraído en: 24.04.2011.

DABAS, E. **Redes**. El lenguaje de los vínculos: hacia la reconstrucción y el fortalecimiento de la sociedad civil. Paidós. Buenos. Aires, 1995.

\_\_\_\_\_, E. **Redes Sociales, familias y Escuela**. Colección Cuestiones de Educación. Editorial Paidós. Buenos Aires, 1998.

\_\_\_\_\_, E. **Viviendo Redes**: Experiencias y estrategias para fortalecer la trama social. 1ªed. CICCUS. Buenos Aires, 2006.334p.

DABAS, E. et al. **Haciendo en redes**: perpectivas desde practicas saludables. 1ªed.Ciccus. FCICCS. Buenos Aires, 2011. 216p.



GOOGLE EARTH. **Mapa da área do Bairro Antonio de Paiva Cantelmo** em Francisco Beltrão/PR. 2012.

IOC. Instituto Oswaldo Cruz. **Dengue, vírus e vetor:** O mosquito *Aedes aegypti* faz parte da história e vem se espalhando pelo mundo desde o período das colonizações. Disponível em: < <http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/textos/longatraje.html> >. Acesso em: 02.07.2012.

MS. Ministério da Saúde. **Entenda a Dengue.** Disponível em: < [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/flash/cartilha\\_dengue.html](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/flash/cartilha_dengue.html) > Acesso em: 02.07.2012.

MARZOCHI, K. FELDMAN B.. Dengue: classificação clínica. **Cad. Saúde Pública** vol.7, n.3. Rio de Janeiro, 1991, pp. 409-415.

MACHADO, C.V. O modelo de intervenção do Ministério da Saúde brasileiro nos anos 90. **Cad. Saúde Pública**, v.23(9). Rio de Janeiro, 2007. p.2113-2126.

ROUQUAYROL M.Z, ALMEIDA FILHO N. **Epidemiologia & saúde.** 6ªed. MEDSI. Rio de Janeiro, 2003. p. 567-79.

**REDE CONCEITUAL.** Disponível em: < [www2.charqueadas.ifsul.edu.br/.../info.../3%20-rede%20conceitual.d...](http://www2.charqueadas.ifsul.edu.br/.../info.../3%20-rede%20conceitual.d...) > acesso em: 09.07.2012.

SCHNITMAN, D.F. **Nuevos paradigmas, cultura y subjetividad.** Ed. Paidós. Barcelona, 1994.

SESA. Secretaria de Estado de Saúde do Paraná. Situação da Dengue no Paraná: 2011/2012. **Informe técnico 47:** Período 2011/2012 – Semana 31/2011 a Semana 19/2012, Atualizado em 14/05/2012 às 18h. Disponível em: < [www.combateadengue.pr.gov.br/.../Dengue\\_Informe\\_Tecnico\\_47\\_2...](http://www.combateadengue.pr.gov.br/.../Dengue_Informe_Tecnico_47_2...) >. Acesso em: 02.07.2012.

TRAVASSOS C, MARTINS M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saúde Pública.** 20(Supl 2). Rio de Janeiro, 2004. p.190-198.

8ªRS – Oitava Regional de saúde do Estado do Paraná. Relatório da dengue no município de Francisco Beltrão/PR. **Documentos internos.** Francisco Beltrão, 2012.

