

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO
AMBIENTE**

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS PROGRAMAS DE CONTROLE A
DENGUE ADOTADOS PELOS MUNICÍPIOS PAULISTAS DE
ARARAQUARA E SÃO CARLOS SOB A ÓTICA DA PROMOÇÃO DA
SAÚDE E DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE**

MARIA LUIZA GORZATO PIMENTA

**ARARAQUARA
2011**

**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ARARAQUARA – UNIARA
MESTRADO EM DESENVOLVIMENTO REGIONAL E MEIO
AMBIENTE**

**ANÁLISE COMPARATIVA DOS PROGRAMAS DE CONTROLE A
DENGUE ADOTADOS PELOS MUNICÍPIOS PAULISTAS DE
ARARAQUARA E SÃO CARLOS SOB A ÓTICA DA PROMOÇÃO DA
SAÚDE E DO PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DA DENGUE**

MARIA LUIZA GORZATO PIMENTA

*Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente do Centro
Universitário de Araraquara–UNIARA, como parte dos
requisitos de obtenção do título de mestre em Desenvolvimento
Regional e Meio Ambiente.*

Orientador: Prof. Dr. Leonardo Rios.

*Co-orientador: Prof. Dr. Luiz Manoel de Moraes
Carvalho Almeida.*

**ARARAQUARA
2011**

FICHA CATALOGRÁFICA

P697a Pimenta, Maria Luiza Gorzato.

Análise comparativa do programa de controle a dengue adotado pelos municípios paulistas de Araraquara e São Carlos sob a ótica da promoção da saúde e do Programa Nacional de Controle da Dengue/ Maria Luiza Gorzato Pimenta.- Araraquara: Centro Universitário de Araraquara, 2011.

107f.

Dissertação (Mestrado)- Centro Universitário de Araraquara
Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Regional e Meio Ambiente

Orientador: Prof. Leonardo Rios

1. Dengue. 2. Plano Nacional de Controle da dengue. 3. Promoção da saúde. I. Título.

CDU 504.03



Centro Universitário de Araraquara

Rua Voluntários da Pátria, 1309 - Centro - Araraquara - SP
CEP 14801-320 - Caixa Postal 68 - Fone/Fax: (16) 3301-7100

www.uniara.com.br

BANCA DE DEFESA

Prof. Dr. Leandro Luiz Giatti
USP – São Paulo

Prof. Dr. Denilson Teixeira
UNIARA – Araraquara

Prof. Dr. Leonardo Rios
UNIARA - Araraquara

DEDICATÓRIA

À minha mãe Ana Luiza, apoiadora incondicional, educadora e mestre de ontem, hoje e sempre.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, fonte eterna de força e esperança, por estar presente neste momento de minha vida, no qual mais um sonho se torna realidade.

Aos professores deste Programa de Mestrado, cujos ensinamentos contribuíram grandemente em mais uma etapa de minha formação profissional.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Leonardo Rios, que me conduziu pelos caminhos desta pesquisa, pela paciência nas correções, pelas sugestões e pelo apoio.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Luis Manoel Almeida, pelas sugestões que tornaram este trabalho mais completo.

Aos colegas do curso, pelos bons momentos de convivência e pelas trocas de experiências.

Às funcionárias da Secretaria do Mestrado, pelo apoio logístico, prontidão e companheirismo.

Às Secretarias Municipais de Araraquara e São Carlos que disponibilizaram o acesso às informações durante este estudo.

Aos meus familiares e amigos, pelo apoio, carinho e compreensão nos momentos em que a dedicação aos estudos foi exclusiva, enfim, a todos que contribuíram direta e indiretamente para que esse trabalho fosse realizado, meu muito obrigada!

"Se alguém procura a saúde, pergunta-lhe primeiro se está disposto a evitar no futuro as causas da doença; em caso contrário, abstém-te de o ajudar."

Sócrates

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CEPEDISA – Centro de Pesquisas de Direito Sanitário

CONASS – Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde

CONASEMS – Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde

CNBB – Confederação Nacional dos Bispos do Brasil

CNUMAD – Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento

CVE – Centro de Vigilância Epidemiológica

DEN – Dengue

DST – Doença Sexualmente Transmissível

FHD – Febre Hemorrágica de Dengue

FIE – Ficha de Investigação Epidemiológica

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde

GVE – Grupos de Vigilância Epidemiológica

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

I.E.C. – Informando, Educando, Comunicando

INCQS – Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde

IPP – Índice de Infestação Predial

LACENS – Laboratórios Centrais de Saúde Pública

LIRAA – Levantamento do Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONGs – Organizações Não Governamentais

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

PACS – Programas de Agentes Comunitários de Saúde

PEAA – Programa de Erradicação do *Aedes aegypti*

PIACD – Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue

PNCD – Programa Nacional de Controle da Dengue

PSF – Programa de Saúde da Família

SESA – Serviço Especial de Saúde

SES – Secretaria de Estado da Saúde

SINAN – Sistema Nacional de Agravos de Notificação

SISFAD – Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue

SP – São Paulo

SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública

SUCEN – Superintendência de Controle de Endemias

SUS – Sistema Único de Saúde

SVE – Secretaria de Vigilância Epidemiológica

SVS – Secretaria de Vigilância em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UF – Unidade Federativa

USP – Universidade de São Paulo

VISA – Vigilância Sanitária

WHO – *World Health Organization*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Número de casos de dengue no estado de São Paulo (1995 - 2010).....	71
Quadro 1 – Atividades integradas propostas pelo PNCD	59
Quadro 2 – Ações do Combate a Dengue da Prefeitura Municipal de Araraquara.....	75
Quadro 3 – Ações do Combate a Dengue, da Prefeitura Municipal de São Carlos.....	79
Quadro 4 – Atividades propostas pelo PNCD e ações desenvolvidas pelos municípios.	85
Tabela 1 - Princípios da Promoção da Saúde.....	34
Tabela 2 - Eixos de atuação da Promoção da Saúde.....	35
Tabela 3 – Características gerais da epidemiologia da dengue.....	40
Tabela 4 – Número de casos de dengue no Brasil e grandes regiões (1997 – 2005).....	46
Tabela 5 - Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), segundo região do Brasil, (1994 – 2005).....	46
Tabela 6 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), regiões/Brasil (1997 – 1998)	48
Tabela 7 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), regiões/Brasil (1999 – 2002)	49
Tabela 8 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), regiões/Brasil (2002 – 2005)	56
Tabela 09 – Criadouros predominantes nas capitais das regiões - LIRAA 2010.....	69
Tabela 10 – Paralelo entre os casos de dengue em Araraquara e São Carlos.....	72

RESUMO

A dengue encontra-se atualmente em todos os estados da Federação, sendo objeto de uma campanha de Promoção de Saúde pública com forte intervenção midiática, na busca de combater e controlar a doença. O presente estudo teve como objetivo identificar e analisar as ações, os programas e iniciativas apresentados pelos municípios de Araraquara e São Carlos, no interior do Estado de São Paulo, comparando-os e analisando-os sob a ótica do Plano Nacional de Combate à Dengue e da Promoção da Saúde, considerando esta como o início de toda e qualquer estratégia de combate e controle do vetor desta doença. Utilizando uma abordagem comparativa, o estudo mostrou que, a partir do Plano Nacional de Controle da Dengue, as Prefeituras Municipais adequaram seus Planos Municipais de Controle da Dengue na busca de ações efetivas e operacionalizáveis, visando o seu combate e controle. Diante dos dados comparados e da literatura pertinente o estudo concluiu que, uma vez efetivadas as medidas adequadas a cada esfera governamental, inclusive a disseminação do conhecimento, tanto para gestores, profissionais e população em geral, um grande passo na direção do sucesso na implementação e execução destes planos e ações será dado, considerando que os entraves surgem exatamente na efetivação destas medidas, onde se sugere mais empenho, destinação de recursos e atenção por parte das esferas governamentais locais.

Palavras-chave: Dengue, Plano Nacional de Controle da Dengue, Promoção da Saúde.

ABSTRACT

The dengue fever is present in all states of the Federation, being the object of a campaign to promote public health with media intervention, seeking to combat and control the disease. This study aimed to identify and analyze the actions, programs and initiatives submitted by cities of Araraquara and Sao Carlos, in the State of São Paulo, comparing and analyzing from the perspective of the National Plan to Combat Dengue Fever and the Promotion of Health, considering this as the beginning of any strategy to combat and control this disease vector. Using a comparative approach, the study showed that, from the National Plan Dengue Fever Control, the municipal authorities have adapted their Municipal Plans for Dengue Fever Control in search of effective and practicable in order to combat and control. From the data compared and the study of relevant literature concluded that, effect once the measures appropriate to each sphere of government, including the dissemination of knowledge, both for managers, professionals and the general population, a big step toward the successful implementation and execution of these plans and actions will be given, considering that the barriers arise in exactly the effectiveness of these measures, which suggest more effort, allocation of funds and attention from local government spheres.

Keywords: Dengue fever, the National Plan for Dengue Fever Control, Health Promotion.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	19
1.1 Justificativa da pesquisa.....	20
1.2 Objetivos da pesquisa.....	20
1.2.1 Objetivo geral.....	20
1.2.2 Objetivos específicos.....	20
.....	20
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 Política pública: conceito e importância.....	21
2.2 Promoção da Saúde como instrumento de política pública.....	22
2.2.1 Operacionalidade da Promoção da Saúde.....	23
2.2.2 Estratégias para a Promoção da Saúde.....	24
2.3 Dengue: o foco do problema.....	26
2.3.1 Características epidemiológicas.....	26
2.3.2 Profilaxia.....	27
2.3.3 Medidas de controle e profilaxia.....	27
2.3.4 Panorama da dengue no Brasil.....	28
2.3.5 Planos e programas brasileiros de enfrentamento à dengue.....	29
2.3.6 Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).....	31
2.3.7 O controle integrado dos vetores de dengue.....	33
3 METODOLOGIA.....	36
3.1 Caracterização do estudo.....	36
3.2 Caracterização do campo de estudo.....	36
3.3 Coleta de dados.....	37
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS.....	44
ANEXOS.....	54
.....	55

1 INTRODUÇÃO

A humanidade tem convivido com processos crescentes e concomitantes de urbanização acelerada, poluição, degradação ambiental, deficiências de infra-estrutura, saneamento e educação, advindas de um modelo econômico que dificulta o acesso a uma melhor qualidade de vida para todos. Todos esses fatores podem contribuir para o surgimento de doenças transmitidas por vetores que geram conseqüências indesejáveis para a qualidade de vida da população (FORATTINI, 1992 *apud* LEFÊVRE; CAVALCANTE, 2004).

Diante do quadro atual, os responsáveis pelos avanços científicos e tecnológicos deverão ter a mesma habilidade para criar modelos de monitoramento, vigilância e intervenção sobre os fatores agressivos, intercorrentes, no resgate de melhor qualidade de vida. É nesse contexto que a epidemiologia ganha importância, como ferramenta útil na discussão de inúmeros problemas, entre eles os ambientais (WYNDE, 1997; LAWSON *et al.*, 1999 *apud* NATAL *et al.*, 2005).

Oriunda da saúde pública, a epidemiologia reveste-se da interdisciplinaridade na discussão de inúmeros problemas que afetam a saúde das pessoas. A princípio, poder-se-ia admitir que a preocupação dessa matéria fosse apenas relativa aos eventos inusitados, mas as investigações de surtos e epidemias são de fato tarefas que exigem estudos epidemiológicos (GORDIS, 1996; BROWNSON; PETTIT, 1998 *apud* NATAL *et al.*, 2005).

Sendo considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um dos maiores problemas de saúde pública mundial, a dengue é vista como a principal doença reemergente do mundo e que no Brasil vem apresentando altos índices, aumentando a preocupação da opinião pública e das autoridades nos diferentes níveis de governo.

Além da epidemiologia, há um fator importante neste contexto que traz sustentação teórica ao comprovar a responsabilidade do poder público, em todas as suas esferas, na implementação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) nos seus campos de atuação, pressupondo o compartilhamento de responsabilidades como uma estratégia fundamental de crescimento (Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS, 1996; Organização Mundial da Saúde – OMS, 2008).

Assim, o conceito de capital social surge como sendo uma qualidade obtida a partir do fortalecimento generalizado do exercício dos direitos civis e políticos entre a população de um município, região ou país, ou seja, qualidade observada em uma coletividade que situa a participação popular como prioridade nos processos democráticos de definição e implementação de políticas públicas (ROTHBERG, 2006).

Cabe ressaltar a necessidade da adoção e cumprimento das metodologias de combate ao vetor, as adequações nas estratégias municipais, por meio das ações implementadas a fim de manter a sustentabilidade dos atuais programas municipais de prevenção a dengue, perpassando pelo conceito de controle integrado, a fim de propor medidas adequadas para combater o vetor da dengue. Assim, define-se controle integrado, “como um sistema que reúne todas as técnicas de controle convenientes e compatíveis entre si para reduzir a população de um inseto nocivo, a fim de manter essa população abaixo do nível de incômodo” (LHOSTE, 1966).

Dessa forma, a necessidade de atingir os objetivos propostos do Programa Nacional de Controle de Dengue coloca-se frente à complexidade que existe no ecossistema urbano e a capacidade adaptativa da espécie *Aedes aegypti* nesse meio, tais como a sazonalidade, auto imunização, sorotipos, competência vetorial, empoderamento social, o que acaba por refletir nas medidas ou no conjunto de medidas de controle e erradicação adotados na intervenção do processo saúde-doença.

Uma política pública municipal, em busca de êxito, deve partir assim, dos objetivos propostos pelo PNCD, ajustando ações, direcionando-as à realidade local, aos dados epidemiológicos da localidade. A busca por parcerias e envolvimento de vários atores sociais deve ser intensificada, buscando expandir a velocidade das ações e dos programas, assim como seus resultados. O monitoramento torna-se crucial para correções de etapas e metas, sempre tendo em vista uma real promoção de um bem maior, que é a saúde pública.

1.1 Justificativa da pesquisa

As proteções efetivas a bens tutelados constitucionalmente como a saúde prescindem de ações concretas entre os setores público e privado. As políticas públicas que se propagam no tempo, como a da Promoção da Saúde, são compromissos, contratos sociais a serem firmados que supõe cidadania plena.

Dentro desse contexto, a dengue apresenta-se como uma das doenças de maior incidência nas regiões intertropicais ao redor do planeta, constituindo um importante problema de saúde pública, pois além dos fatores biológicos envolvidos em seu ciclo de transmissão, a reprodução da doença está intimamente relacionada a variados determinantes como clima, região, temperatura, sazonalidade, bem como determinantes sociais como educação em saúde e mobilização social.

Nessa conjuntura, será enfocada a Promoção da Saúde e os parâmetros do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) como instrumento para a consecução desta, através de um estudo sócio-epidemiológico visando analisar o conseqüente papel que o Estado adquire dentro da elaboração e implementação de uma política pública voltada para a Promoção da Saúde e combate a dengue.

Por ser a dengue considerada um grave problema de saúde pública no Brasil, assim como em outras regiões tropicais e subtropicais do mundo, as perspectivas de solução ou até mesmo de minimização das epidemias e de erradicação do vetor prescindem de iniciativas plurais, sejam elas internacionais, nacionais, estaduais ou municipais, cabendo a cada esfera elaborar as políticas públicas que entender necessárias, imprimindo contornos diferenciados, atendendo às suas especificidades e às suas responsabilidades pré-determinadas.

Assim, a luta contra o vetor da dengue tem sido alvo de vários programas de controle instituídos, podendo-se concluir que estes proporcionam aumento do conhecimento sobre a dengue na população, entretanto a infestação do mosquito e, por conseqüência, a ocorrência de casos permanecem em níveis elevados, fato já demonstrado em estudos realizados (CHIARAVALLOTTI NETO *et al.*, 1998; ROSENBAUM *et al.*, 1995; DÉGALLIER *et al.*, 2000, DONALÍSIO *et al.*, 2001 *apud* CHIARAVALLOTTI NETO *et al.*, 2002).

As medidas de controle hoje existentes focam essencialmente no vetor *Aedes aegypti*, uma vez que não se tem ainda vacina ou drogas antivirais específicas contra o vírus da dengue. Sabe-se que existem várias pesquisas buscando desenvolver uma vacina, sendo esta considerada uma prioridade pela Organização Mundial de Saúde, devido ao alto investimento na manutenção de estruturas essencialmente direcionadas ao combate do vetor.

Diante disto, será analisada a política pública voltada para a Promoção da Saúde epidemiológica através do método comparativo. Podemos considerar que houve a delimitação de uma política pública de Promoção de Saúde nos municípios de Araraquara e São Carlos no que se refere ao controle e combate a dengue? Os municípios tiveram como referência o Programa Nacional de Controle da Dengue, ao delinear suas diretrizes e as estratégias municipais? As ações, planos e iniciativas locais planejadas e desenvolvidas ofereceram uma possibilidade de caráter sustentável de controle da doença? No que diferem os programas e em que sentido podem evoluir?

1.2 Objetivos da pesquisa

1.2.1 Objetivo geral

Analisar, através de um estudo comparativo, a adequação e a operacionalização das ações, programas e iniciativas locais de Promoção da Saúde no combate e controle da dengue, no período de 2006 a 2010, nos municípios do interior paulista de Araraquara e São Carlos, tendo como referência o Programa Nacional de Controle da Dengue e as diretrizes nacionais para nortear este estudo.

1.2.2 Objetivos específicos

- Discutir a importância de se promover e monitorar uma política pública pautada na Promoção da Saúde, discriminando os princípios norteadores de sua operacionalização estratégica.
- Analisar comparativamente, tendo como referência o Programa Nacional de Controle da Dengue, a adequação das ações, planos e iniciativas planejadas e desenvolvidas nos municípios de Araraquara e São Carlos no combate e controle da dengue.
- Apontar elementos que possam contribuir para o delineamento de estratégias municipais voltadas para o enfrentamento das epidemias e controle do vetor, na dimensão de uma política pública com caráter sustentável.

2 REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Política pública: conceito e importância

A partir da aprovação da Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1999) foi instituído um reordenamento das relações socioinstitucionais na gestão das políticas públicas. Assim, a gestão das ações sociais públicas passou a ser ancorada na parceria entre o Estado e a sociedade porque “a gestão social tem, com a sociedade e com os cidadãos, o compromisso de assegurar, por meio das políticas e programas públicos, o acesso efetivo a bens, serviços e riquezas da sociedade. Por isso mesmo, precisa ser estratégica e consequente” (CARVALHO, 2003, p.15).

As políticas públicas podem ser conceituadas como todas as ações de governo, divididas em atividades diretas de produção de serviços pelo próprio Estado e em atividades de regulação de outros agentes econômicos. Também como conjuntos de disposições, medidas e procedimentos que traduzem a orientação política do Estado e regulam as atividades

governamentais relacionadas às tarefas de interesse público. As políticas públicas emanam do poder público que as formaliza, legitima, implementa e controla (SILVA *et al.*, 2007).

As políticas públicas têm o propósito de instituir normas de convívio social, buscando estabelecer os direitos e deveres e delimitar papéis sociais, se materializando através da ação concreta de sujeitos sociais e de atividades institucionais que as realizam em cada contexto e condicionam seus resultados (SILVA *et al.*, 2007).

Para Bucci (2002), as políticas públicas são um conjunto de programas de ação governamental visando coordenar os meios à disposição do Estado e as atividades privadas, para a realização de objetivos socialmente relevantes e politicamente determinados.

Nessa lógica, a Carta de Ottawa (2010) enumera pré-requisitos envolvendo a garantia de condições básicas e recursos fundamentais indispensáveis quando se tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população assistida. São eles: paz, abrigo, educação, alimentação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A Carta de Ottawa (2010) salienta também que para concretizar essas condições básicas e as expectativas da população é preciso seguir algumas estratégias: advogar a favor da saúde como um recurso de fundamental importância para o desenvolvimento social, econômico e pessoal e para a qualidade de vida; capacitar a população, com o objetivo de reduzir as desigualdades existentes e garantir a igualdade de oportunidades, facilitando o acesso a informações, melhorando as condições de vida que permitam opções saudáveis. Esses requisitos para garantir a Promoção da Saúde demandam ações coordenadas entre diferentes áreas e setores, sistemas sociais, culturais e econômicos, de abrangência local ou regional e precisam contar com a participação social na gestão das políticas públicas, o que ocorre através dos conselhos gestores, que estabelecem um canal aberto de comunicação e decisões entre a população e o poder público.

Tem-se então que, em função do projeto coletivo que um governo visa, ele mobiliza os instrumentos necessários e articula os segmentos sociais comprometidos com a sua execução para obter os resultados socioeconômicos planejados. Esse processo não é livre de disputas, visto que a sociedade é integrada por diferentes segmentos que possuem os mais variados interesses e reivindicações, que são processados na esfera política (SILVA *et al.*, 2007).

Muller (2003) afirma que uma política pública é necessariamente uma construção social cuja configuração dependerá de múltiplos fatores próprios da sociedade e do sistema político existente, sendo também uma ação governamental em um setor da sociedade, situada em determinado espaço geográfico e que é constituída por uma totalidade de medidas

concretas que se inscreve em um quadro geral de ação, o que permite distingui-la de uma ação isolada. Afirma ainda que a política pública tem um público definido, isto é, grupos ou organizações cuja situação é afetada pelas ações que, obrigatoriamente, têm objetivos a alcançar. (SILVA *et al.*, 2007).

Por isso, o acompanhamento dos processos pelos quais elas são implementadas e a avaliação de seu impacto sobre a situação existente devem ser permanentes. Assim, governo e sociedade devem fomentar o diálogo e a negociação entre os diferentes **atores setoriais**, avaliando e transformando qualitativamente dos processos de gestão não apenas para a efetividade dessas políticas, mas também para o alcance de objetivos mais amplos orientados ao desenvolvimento social.

As transformações em curso no cenário global, ligadas à globalização, à revolução tecnológica e à crescente importância da informação e do conhecimento, originam novas realidades que condicionam as possibilidades de desenvolvimento e formulam crescentes desafios às políticas públicas no sentido de conseguirem atingir níveis superiores de crescimento econômico, desenvolvimento social e solidez democrática. Perante esta situação, durante os últimos anos, tem-se vindo a desenvolver um processo de revisão das políticas públicas com vista à construção de sociedades mais democráticas, solidárias, inclusivas e justas. Neste processo, o conceito de coesão social tem vindo a ganhar força como objetivo e como meio transversal para as políticas económicas e sociais e para o ordenamento político.

Trata-se de um conceito multifacetado que analisa as complexas transformações que as nossas sociedades estão vivenciando, fazendo referência à inclusão e à participação de todos os membros da sociedade na vida económica, social, cultural e política, mas também ao sentido de solidariedade e de pertença à sociedade, englobando tanto os mecanismos instituídos de inclusão social como também os comportamentos e valorizações dos membros da sociedade (a confiança nas instituições, capital social, sentido de pertença e de solidariedade, aceitação de normas de convivência e disponibilização para a participação em espaços de deliberação e projetos coletivos).

A procura de uma maior coesão social como objetivo das políticas públicas exige assim a aplicação de políticas capazes de recriar o sentido de pertença e de garantir oportunidades de inclusão que permitam avançar progressivamente para a plena realização de direitos de todos os cidadãos; de políticas orientadas para que todos os membros da sociedade possam ser e se sintam como parte ativa da mesma, como contribuintes para o progresso e como beneficiários deste.

Diante deste contexto, Comerlatto *et al.* (2007) lembram que a partir de 1990, a participação social na gestão das políticas públicas brasileiras vem se remodelando e se ampliando desde a formalização de conselhos gestores de políticas públicas, a instituição dos fundos orçamentários, a elaboração dos planos de atenção local e, principalmente, o acompanhamento de todas estas ações.

Assim, tais políticas são reconhecidas como instrumentos necessários que fortalecem o processo de descentralização para assegurar os interesses da grande maioria da população entrando em cena novos atores na gestão dos serviços públicos com atribuições partilhadas, re-significando as relações de poder em prol de decisões e práticas intersetoriais que assegurem o acesso, o acompanhamento e a efetivação de direitos sociais. Os limites atingidos pelas formas tradicionais de conceber e operacionalizar a intervenção no campo das políticas públicas provocam a desarticulação interinstitucional e a falta da integralidade na atenção ao conjunto dos direitos sociais, não respondendo mais aos graves e complexos problemas sociais historicamente vivenciados por uma parcela significativa da população brasileira. Frente a isso, coloca-se a intersectorialidade, alinhada à descentralização das políticas públicas em vigência no Brasil e ao acompanhamento e avaliação constantes de tais políticas como uma alternativa capaz de encontrar novos arranjos e novas articulações para o enfrentamento desses problemas (COMERLATTO *et al.*, 2007).

Neste cenário, o acompanhamento e a avaliação têm sido instrumentos de gestão valiosos para o conhecimento e a viabilização de programas e projetos, para o redirecionamento, quando se fizer necessário, de seus objetivos, até mesmo para a reformulação de rumos e propostas, fornecendo subsídios para tomadas de decisão. Cohen e Franco (1993) determinam, de forma precisa, a importância da avaliação em programas governamentais: "A avaliação de projetos sociais tem um papel central neste processo de racionalização e é um elemento básico de planejamento. Não é possível que estes sejam eficazes se não forem avaliados os resultados de sua aplicação".

A avaliação de políticas públicas não é simplesmente um instrumento de aperfeiçoamento ou de redirecionamento dos programas empreendidos pelo governo, mas, e especialmente, uma ferramenta capaz de prestar contas à sociedade das ações governamentais. Em se falando de avaliação de políticas públicas, não se deve restringir apenas à aferição de suas metas quantitativas, mas também devemos nos reportar à qualidade do resultado atingido. É dessa forma que os conceitos de eficiência, eficácia e impacto e pertinência se revelam importantes, ao subsidiarem a tradução da avaliação do planejamento, do desenvolvimento e da execução da política pública como um todo.

Seguindo estas características, Rossi (1999 *apud* Holanda, 2003) afirma que a avaliação de programas de políticas públicas corresponde à utilização de metodologias de pesquisa social para investigar, de forma sistemática, a efetividade de programas de intervenção social que foram adaptados ao seu ambiente político e organizacional e planejados para conformar a ação social numa maneira que contribua para a melhoria das condições sociais. Essa avaliação pode abarcar os mais variados aspectos do projeto ou programa, que vão de sua concepção original e do seu planejamento ao seu processo de implementação e à aferição dos seus efeitos e resultados de curto, médio e longo prazo.

Para Weiss (1998 *apud* Holanda, 2003), a avaliação é uma análise ponderada e sistemática da operação e/ou dos resultados de uma política ou um programa, em confronto com um conjunto de padrões implícitos ou explícitos, tendo como objetivo contribuir para o aperfeiçoamento desse programa ou política.

Muitos autores enfatizam o processo de avaliação (levantamento sistemático de dados e sua comparação com padrões predefinidos), enquanto outros se concentram nos usos da avaliação (auxiliar o processo decisório). Mas em geral todos reconhecem que a avaliação é basicamente um instrumento para maximizar a eficácia (em termos de fins alcançados) e a eficiência (do ponto de vista da economicidade dos meios) dos programas governamentais, numa conjuntura de recursos cada vez mais escassos.

2.2 Promoção da Saúde como instrumento de política pública

Os conceitos e implicações do termo Promoção da Saúde representam uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações humanas, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, propondo assim a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2004).

Promover, segundo Ferreira (1986), significa dar impulso, fomentar, originar, gerar. De acordo com Leavell e Clark (1976), promover saúde refere-se à adoção de medidas que não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais. As ações de promoção da saúde devem enfatizar a modificação das condições de vida e de trabalho.

O termo Promoção da Saúde surgiu na década de 1940, com o canadense médico historiador Henry Sigerist, caracterizado como uma das tarefas essenciais da medicina social (CHAPLE, 2002).

Sigerist (1946 *apud* Rosen, 1979) foi um dos primeiros autores a referir o termo, quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina: a promoção da saúde, a prevenção das doenças, a recuperação dos enfermos e a reabilitação, e afirmou que a saúde se promove proporcionando condições de vida decentes, boas condições de trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso, para o que pediu o esforço coordenado de políticos, setores sindicais e empresariais, educadores e médicos. A estes, como especialistas em saúde, caberia definir normas e fixar padrões.

Já na década de 60 o termo volta à tona com o incentivo à prevenção de doenças, estimulando hábitos de comportamentos saudáveis e com a preocupação de atuar nos fatores de risco, onde a promoção de saúde entra como parte da atenção primária (CHAPLE, 2002).

No cenário dos anos 1970, diante da ineficácia das ações curativas, observou-se a necessidade de intervir nos determinantes do processo de adoecer, surgindo então o informe *Lalonde*, que se tornou um marco na Promoção de Saúde definindo quatro grandes fatores de risco: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde (LALONDE, 1974).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz que o conceito e fundamentos da Promoção da Saúde também estão documentados na Carta de Ottawa. De acordo com o documento, o termo Promoção da Saúde está associado a um conjunto de valores: qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação e parceria, entre outros. Refere-se também a uma combinação de estratégias: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), de indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema de saúde) e de parcerias intersetoriais. Isto é, trabalha com a idéia de responsabilização múltipla, seja pelos problemas, seja pelas soluções propostas para os mesmos (WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO, 1986).

Tem-se então que a idéia de promover saúde torna-se uma força vital no novo movimento de saúde pública, no qual a saúde é concebida também como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e capital social. Elementos de capital social tais como confiança mútua, normas de reciprocidade ou solidariedade, e engajamento cívico aliados ao crescimento da epidemiologia social são temas que poderão trazer novas perspectivas ao campo da saúde pública e da Promoção da Saúde (SOUZA; GRUNDI, 2004).

O conceito de Promoção da Saúde desde sua primeira utilização sofreu mudanças estruturais. Para a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008), promoção de saúde consiste em proporcionar às pessoas as medidas necessárias para um maior controle e uma melhora na saúde individual. Granada (2004) propõe uma visão articulada entre uma melhor qualidade de vida para os usuários, entre os espaços de atendimento e os de produção da saúde. Neste sentido, a Promoção da Saúde vem sendo interpretada, de um lado, como reação à acentuada medicalização da vida social e, de outro, como uma resposta setorial articuladora de diversos recursos técnicos e posições ideológicas. Embora o termo tenha sido usado a princípio para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva (Leavell; Clark, 1976), seu significado foi mudando, passando a representar, mais recentemente, um enfoque político e técnico em torno do processo saúde-doença-cuidado.

Segundo Carvalho (2002), a Promoção da Saúde se baseia em alguns princípios básicos, tais como: o reconhecimento da natureza multidimensional da saúde, a idéia da desmedicalização, a ênfase do envolvimento comunitário, e a incorporação da educação para a saúde. O entendimento da multidimensionalidade na promoção da saúde é a compreensão de que esta tem fatores agregados importantíssimos, tais como a educação, o ambiente, a renda, dentre outros.

Para Carvalho (2002),

a Promoção de Saúde não se restringe a uma prática individual e assistencial nas ações em saúde, mas considera também os fatores sociais da demanda, como condições de vida, alimentação, aspectos econômicos, entre outros (2002, p. 50).

Assim, estabelece-se uma correspondência a um conjunto de valores tais como: vida, saúde, solidariedade, democracia, equidade, cidadania, desenvolvimento, participação, parceria entre outros, referindo-se também à idéia de responsabilização múltipla, no sentido de representar uma estratégia promissora para enfrentar os problemas de saúde das populações, partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e propondo a articulação intersetorial para o enfrentamento dos problemas (BUSS, 2000).

A Promoção da Saúde é o processo de capacitação e de fortalecimento das populações para melhorar suas condições de saúde, aumentar o seu controle sobre as mesmas e melhorar os fatores determinantes e condicionantes da saúde (BRASIL, 2002).

Na visão de Carvalho (2004), os novos desafios sociais políticos e culturais e o esgotamento do paradigma biomédico, tem proporcionado o aparecimento de novas formulações sobre o pensar e o fazer sanitário, dentre essas a promoção da saúde, que constitui o eixo principal da nova saúde pública.

A nova promoção à saúde realizou uma síntese inovadora de conceitos originários de campos disciplinares como a sociologia, a psicologia, a ciência política, a economia, a epidemiologia e a ecologia. Introduziu novas idéias, linguagens, e conceitos sobre a saúde e sobre as estratégias para que a mesma fosse alcançada (CARVALHO, 2002)

Ainda de acordo com Carvalho,

Ao levar em conta todos os fatores causais da saúde e da doença esta corrente amplia o alcance das atividades de promoção à saúde para além dos parâmetros tradicionais da saúde pública e da prevenção da doença. É um ideário que pode contribuir para uma ruptura entre as velhas e novas práticas em saúde e fornecer elementos para a transformação do *status quo* sanitário e para a produção de sujeitos autônomos e socialmente solidários (2002, p. 73).

Para Sutherland e Fulton (1992), as diversas conceituações disponíveis para a Promoção da Saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos. No primeiro deles, a Promoção da Saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de Promoção da Saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. Por exemplo, o hábito de fumar, a dieta, as atividades físicas, a direção perigosa no trânsito. Nessa abordagem, fugiriam do âmbito da promoção da saúde todos os fatores que estivessem fora do controle dos indivíduos.

No segundo grupo os autores caracterizam a Promoção da Saúde em um contexto moderno, como sendo a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos deste segundo grupo. Este se sustenta no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de

ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (SUTHERLAND; FULTON, 1992).

2.2.1 Operacionalidade da Promoção da Saúde

No que se refere à operacionalidade da Promoção da Saúde, um especial destaque deve ser dado ao tema das políticas públicas saudáveis, da governabilidade, da gestão social integrada, da intersetorialidade, das estratégias dos municípios saudáveis e do desenvolvimento local. Estes são alguns mecanismos operacionais concretos para a implementação da estratégia da promoção da saúde e da qualidade de vida, com ênfase particular no contexto do nível local.

Partindo-se dos conceitos e implicações da Promoção da Saúde, tem-se que para a operacionalidade das estratégias em prol de políticas públicas voltadas para a saúde, destacam-se ações para políticas públicas saudáveis, equidade, acesso e desenvolvimento social, além de acesso a bens e serviços promotores de saúde. Tais ações foram recomendadas na Conferência de Adelaide, realizada em abril de 1988, que manteve a direção estabelecida pela Carta de Ottawa na promoção da saúde (BRASIL, 2001).

Já em 1991, a terceira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Sundsvall reafirmou e clarificou a relevância e o significado da Promoção da Saúde. Com o tema Ambientes Favoráveis à Saúde, identificou muitos exemplos e abordagens para se criar ambientes favoráveis e promotores de saúde, que podem ser usados por políticos e governos, ativistas comunitários e outros setores da saúde e do meio ambiente. A Conferência reconheceu que todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde (BRASIL, 2001).

Seguindo a idéia de que a proposta de Promoção da Saúde concebe a saúde como produção social e, dessa forma, abrange um espaço de atuação que extrapola o setor saúde, apontando para uma articulação com o conjunto dos outros setores da gestão municipal e para o estímulo à participação social (BRASIL, 2001), um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Promover saúde alcança uma abrangência muito maior que o campo específico da saúde, incluindo o ambiente, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (CZERESNIA, 2004).

De acordo com Buss (2004), a idéia moderna de políticas públicas saudáveis envolve um duplo compromisso: o compromisso político de situar a saúde no topo da agenda pública, promovendo-a de setor da administração a critério de governo, e o compromisso técnico de enfatizar, como foco de intervenção, os fatores determinantes do processo saúde-doença.

Neste sentido, Candeias (1997) define Promoção da Saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. Ele se refere a determinantes ambientais, sociais e de saúde que vão muito além do estudo do ambiente físico ou dos serviços médicos destinados à população.

Na visão de Czeresnia (1999), há uma pequena diferença entre “prevenção” e “promoção” da saúde. Segundo a autora, pequena porque as práticas em promoção, da mesma forma que as de prevenção, fazem uso do conhecimento científico. A promoção vem sendo entendida como um subproduto da prevenção, envolvendo condutas individuais, como alimentar-se bem, fazer exercícios físicos e não fumar, ou ações governamentais coletivas, como implantação de redes de saneamento básico, construção de escolas, melhora de transportes coletivos, entre outros.

Segundo a mesma autora, os projetos de Promoção da Saúde valem-se igualmente dos conceitos clássicos que orientam a produção do conhecimento específico em saúde-doença, transmissão e risco, cuja racionalidade é a mesma do discurso preventivo. Este é um fator que pode gerar certa confusão e, até, uma inexistência de diferenciação entre promoção e prevenção, mesmo porque os serviços de saúde não costumam exercer as duas práticas de forma clara, elas, geralmente, são exercidas conjuntamente.

A idéia de promoção envolve a de fortalecimento da capacidade individual e coletiva para lidar com a multiplicidade dos condicionantes da saúde. Vai além de uma aplicação técnica e normativa, aceitando-se que não basta conhecer o funcionamento das doenças e encontrar mecanismos para seu controle. Essa concepção diz respeito ao fortalecimento da saúde por meio da construção de capacidade de escolha, bem como à utilização do conhecimento com o discernimento de atentar para as diferenças e singularidades dos acontecimentos (CZERESNIA, 1999, p. 47-48).

Para Lefevre e Cavalcante (2004), a promoção, para se diferenciar da prevenção, caracterizaria uma intervenção ou conjunto de intervenções que, diferentemente da prevenção, teria como horizonte ou meta ideal a eliminação permanente ou, pelo menos, duradoura da doença, porque buscaria atingir suas causas mais básicas e não apenas evitar que as doenças se manifestem nos indivíduos e nas coletividades de indivíduos. Os indivíduos e as coletividades precisam ser tratados das doenças e ser protegidos contra elas. A Promoção da

Saúde, então, propõe que as doenças sejam minimizadas, eliminadas do meio ambiente, das cidades, enfim, do meio social.

Assim, segundo Lefevre e Cavalcante (2004), com a Promoção da Saúde, os indivíduos ficariam sem doença não porque as doenças foram, por meio do tratamento, afastadas deles ou porque, pela prevenção, as doenças foram impedidas de chegar até eles, mas porque foram, elas próprias, atacadas para serem erradicadas, eliminadas ou minimizadas.

Segundo Buss (2004), partindo de uma concepção ampla do processo saúde-doença e de seus determinantes, a Promoção da Saúde propõe a articulação de saberes técnicos e populares e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução.

Para Souza e Grundi (2004), a idéia de promover saúde tem se tornado uma força vital no novo movimento de saúde pública, em que ela é concebida também como um fenômeno social que diz respeito à qualidade de vida e capital social.

Embora alguns autores definam a Promoção da Saúde como um processo que se diferencia da prevenção em alguns aspectos básicos, mesmo para profissionais da área, a diferença conceitual de prevenção de doenças e promoção de saúde ainda não está muito clara. Assim, compreender esses conceitos, e especificamente a diferença entre eles, pode facilitar as ações desses profissionais na prática da Promoção da Saúde, uma vez que mesma implica um processo abrangente e contínuo, que envolve prevenção, educação e a participação de diferentes setores da sociedade na elaboração de estratégias que permitam a efetividade da educação para a saúde (SOUZA; GRUNDI, 2004).

Assim, pode-se dizer que a Promoção da Saúde será mais efetiva se realizada coletivamente, tendo em vista que a educação para a saúde, fator essencial nas ações nesse sentido, visa à mudança de comportamento e à adoção de estilos de vida mais saudáveis. Por meio da Promoção da Saúde, grupos de indivíduos com risco comum para o desenvolvimento de agravos à saúde podem ser formados e esses riscos trabalhados de forma coletiva.

Para Buss (2004), a nova concepção de saúde importa uma visão afirmativa, que a identifica com bem-estar e qualidade de vida, e não simplesmente com ausência de doença. A saúde deixa de ser um estado estático, biologicamente definido, para ser compreendida como um estado dinâmico, socialmente produzido. Nesse marco, a intervenção visa não apenas diminuir o risco de doenças, mas aumentar as chances de saúde e de vida, acarretando uma intervenção multi e intersetorial sobre os chamados determinantes do processo saúde-enfermidade: eis a essência das políticas públicas saudáveis.

Vale ressaltar aqui o papel da Educação em Saúde como um dos pilares multisetoriais da Promoção da Saúde.

De acordo com Candeias *et al.* (1991), entende-se por Educação em Saúde quaisquer combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Para os autores, a palavra *combinação* enfatiza a importância de combinar múltiplos determinantes do comportamento humano com múltiplas experiências de aprendizagem e de intervenções educativas. A palavra *delineada* distingue o processo de educação de saúde de quaisquer outros processos que contenham experiências acidentais de aprendizagem, apresentando-o como uma atividade sistematicamente planejada. *Facilitar* significa predispor, possibilitar e reforçar. *Voluntariedade* significa sem coerção e com plena compreensão e aceitação dos objetivos educativos implícitos e explícitos nas ações desenvolvidas e recomendadas. *Ação* diz respeito a medidas comportamentais adotadas por uma pessoa, grupo ou comunidade para alcançar um efeito intencional sobre a própria saúde.

Candeias *et al.* (1991) definem ainda a Promoção da Saúde como uma *combinação* de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde. *Combinação* refere-se à necessidade de mesclar os múltiplos determinantes da saúde (fatores genéticos, ambiente, serviços de saúde e estilo de vida) com múltiplas intervenções ou fontes de apoio. *Educacional* refere-se à educação em saúde tal como acima definida. *Ambiental* refere-se a circunstâncias sociais, políticas, econômicas, organizacionais e reguladoras, relacionadas ao comportamento humano, assim como a todas as políticas de ação mais diretamente relacionadas à saúde.

Por isso, segundo Candeias (1997), o conceito de Educação em Saúde se conecta ao conceito de Promoção da Saúde, como uma definição mais ampla de um processo que abrange a participação de toda a população no contexto de sua vida cotidiana e não apenas das pessoas sob risco de adoecer. Essa noção está baseada em um conceito de saúde ampliado, considerado como um estado positivo e dinâmico de busca de bem-estar, que integra os aspectos físico e mental (ausência de doença), ambiental (ajustamento ao ambiente), pessoal/emocional (auto-realização pessoal e afetiva) e sócio-ecológico (comprometimento com a igualdade social e com a preservação da natureza).

Assim, proporcionar saúde significa, além de evitar doenças e prolongar a vida, assegurar meios e situações que ampliem a qualidade da vida “vívica”, ou seja, ampliem a capacidade de autonomia e o padrão de bem-estar que, por sua vez, são valores socialmente definidos, importando em valores e escolhas. Nessa perspectiva, a intervenção sanitária

refere-se não apenas à dimensão objetiva dos agravos e dos fatores de risco, mas aos aspectos subjetivos, relativos, portanto, às representações sociais de saúde e doença.

2.2.2 Estratégias para a Promoção da Saúde

Na concepção de Buss (2004), os profissionais de saúde, os movimentos sociais e as organizações populares, políticos e autoridades públicas têm responsabilidades sobre as repercussões positivas ou negativas que as políticas públicas têm sobre a situação de saúde e as condições de vida. A estratégia dos municípios saudáveis propicia, através de uma nova institucionalidade social a ser construída em cada momento histórico específico em que vivem as diferentes formações sociais, a promoção da saúde por intermédio da ação intersetorial, que viabiliza as políticas públicas saudáveis.

De acordo com a *Organizacion Panamericana da Saúde* (OPAS), a intersetorialidade pode ser definida como o processo no qual objetivos, estratégias, atividades e recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores (OPAS, 1996).

Do ponto de vista conceitual, a intersetorialidade procura superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde. Significa adotar uma perspectiva global para a análise da questão saúde, e não somente do setor saúde, incorporando o maior número possível de conhecimentos sobre outras áreas de políticas públicas, como, por exemplo, educação, trabalho e renda, meio ambiente, habitação, transporte, energia, agricultura etc., assim como sobre o contexto social, econômico, político, geográfico e cultural onde atua a política. Essas áreas interagem entre si e com a área da saúde e, em conjunto, utilizam recursos da sociedade, influenciando a qualidade de vida e as demandas sobre os serviços de saúde. No processo de ação intersetorial é necessário obter conhecimentos tanto sobre os antecedentes, ou seja, os valores que levaram à formulação de determinada política, como também sobre o impacto que cada política setorial tem sobre a saúde da população (BUSS, 2004).

Segundo Campos, Barros e Castro (2004), as estratégias de Promoção da Saúde referem-se a um campo teórico-prático-político que em sua composição com os conceitos e as posições de prevenção e promoção de saúde delinea-se como uma política que deve percorrer o conjunto das ações e projetos em saúde, apresentando-se em todos os níveis de complexidade da gestão e da atenção do sistema de saúde. Tal política deve deslocar o olhar e a escuta dos profissionais de saúde da doença para os sujeitos em sua potência de criação da

própria vida, objetivando a produção de coeficientes crescentes de autonomia durante o processo do cuidado à saúde. Uma política, portanto, comprometida com serviços e ações de saúde que coloquem os sujeitos – usuários e profissionais de saúde –, como protagonistas na organização do processo produtivo em saúde, entendendo que aí se produz saúde, sujeitos, mundo.

Recentemente, no Brasil, uma série de experiências de gestão pública e mobilização social suscitou a implementação organizada de uma perspectiva de ação intersetorial, sob o rótulo do desenvolvimento local integrado e sustentável. Está também em curso no país a proposta da Agenda 21, apresentada na Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento (CNUMAD), entendida não como uma agenda verde, senão como a construção social de uma agenda de desenvolvimento que toma em conta sua sustentabilidade em termos ambientais (CNUMAD, 1992).

A saúde pública latino-americana pode, mais do que propugnar pela adoção da intersetorialidade e de uma nova institucionalidade social, no contexto do desenvolvimento local e da Agenda 21, contribuir efetivamente para a construção teórica e prática dessas propostas, através da estratégia dos municípios saudáveis, um modelo de articulação na formulação e implementação de políticas em prol da saúde, assim como da ação intersetorial (CNUMAD, 1992).

O movimento das cidades saudáveis surgiu na Europa, no mesmo ano (1986) em que se realizou a já mencionada Conferência de Ottawa no continente americano. Segundo Sícoli e Nascimento (2003), o projeto cidades saudáveis visava ao desenvolvimento de planos de ação locais para a promoção da saúde, baseados nos princípios de saúde para todos da OMS (Organização Mundial de Saúde). Desde então vem crescendo continuamente, envolvendo hoje mais de 1.800 cidades, em várias redes desenvolvidas nos cinco continentes.

Referendado na Declaração de Santa Fé de Bogotá (OPAS, 1996) pela maioria dos países latino-americanos, assim como pela Carta de Promoção da Saúde no Caribe (OPAS, 1996), o movimento dos municípios saudáveis chegou à América Latina no início da década de 1990. Sua proposta pretende a articulação de políticas públicas multissetoriais na criação dos ambientes e condições para uma vida sadia com bem-estar. É, em última instância, uma forma de governar e administrar que requer e propicia a reestruturação dos sistemas de saúde e de sua articulação com outros sistemas, na conformação de políticas e programas integrados de desenvolvimento humano e bem-estar.

Segundo a OPAS (1996), este enfoque centra a ação e a participação da comunidade, assim como a educação sanitária e a comunicação para a saúde, em ampliar as atitudes

peçoais e a capacidade da comunidade de melhorar as condições físicas e psicossociais nos espaços onde as pessoas vivem, estudam, trabalham e se divertem.

Ainda para a OPAS (1996), o movimento dos municípios saudáveis avançou rapidamente na região das Américas, num contexto de ampliação da descentralização e da participação democrática como o que se vem verificando na década de 1990, alcançando mais de 500 municípios em praticamente todos os países do Continente. Sua configuração varia em cada município, compreendendo desde programas ainda unissetoriais e dirigidos à promoção de comportamentos individuais saudáveis até propostas bastante abrangentes, reunindo poder público e sociedade, com atividades que alcançam diversas dimensões e setores políticos, sociais e econômicos. Muitos países estão em processo de estabelecer redes nacionais para o intercâmbio de experiências e a busca de vantagens e incentivos nas negociações com os demais níveis do poder público.

A constituição de um programa de municípios saudáveis inclui, em geral, quatro fases: o início oficial e a determinação de prioridades; a preparação de um plano de ação; a unificação dos comitês organizadores e a execução de atividades e, por último, a criação de sistemas de informação para o monitoramento e avaliação do processo. Além disso, a articulação de políticas públicas municipais saudáveis, a ação intersetorial e a participação comunitária constituem as bases para o processo de estruturação de um município saudável. Um enorme desafio que ainda permanece é a identificação das melhores formas de institucionalidade social e de novas dinâmicas de gestão municipal integrada e participativa, que venham a permitir o alcance dos objetivos e metas traçadas para o processo (OPAS, 1996).

Nesse sentido, segundo Sícoli e Nascimento (2003), é possível propor e avaliar uma Política Nacional de Promoção da Saúde que seja transversal, que opere articulando e integrando as várias áreas técnicas especializadas, os vários níveis de complexidade e as várias políticas específicas de saúde. Contudo, os desafios colocados para a saúde pública no contemporâneo e, em especial, no Brasil, como por exemplo, a violência, as doenças crônicas não transmissíveis, as doenças infectocontagiosas e o envelhecimento da população, enfatizam a necessidade de pensarmos modos de gestão e de construção das políticas públicas, que envolvam outros atores.

A Promoção da Saúde é uma importante resposta à medida que destaca ações intersetoriais como estratégia de enfrentamento dos problemas quanto ao meio ambiente, à urbanização, à segurança alimentar e nutricional, ao desemprego, à moradia, ao uso de drogas lícitas e ilícitas, etc. É na mobilização social, no estímulo e fortalecimento dos movimentos

sociais; na elaboração, na implantação e na avaliação das políticas públicas que se pode trabalhar pela melhoria da qualidade de vida, uma vez que se estará ampliando a discussão sobre a cidadania e o respeito aos direitos constitucionais, trabalhando com o reconhecimento e o respeito à diversidade existente no país (BUSS, 2004).

Campos, Barros e Castro (2004) consideram como uma estratégia fundamental de promoção de saúde uma Política Nacional de Promoção da Saúde que seja efetiva e eficaz para a melhoria da qualidade de vida da população a partir do conceito de saúde que vem sendo formulado de tal modo a intensificar um modo mais proativo de operar a Promoção da Saúde.

Cabe aqui ressaltar que, ao implementar estratégias de Promoção de Saúde, os princípios de empoderamento e participação não devem ser separados. A própria OMS (WHO, 1986) reconhece que garantir o acesso à informação e ampliar o conhecimento em saúde sem aumentar a capacidade de controle e perspectivas de mudança apenas contribuem para gerar ansiedade e fomentar a sensação de impotência.

Nesta direção, Lefevre e Cavalcante (2004) afirmam que doenças podem ser enfrentadas, com vistas à sua erradicação, por intervenções ou conjunto de intervenções de natureza médico-sanitária ou extra-sanitária, isto é, política, administrativa, gerencial, urbanística, educacional, informativa, etc. (tendo sempre, neste caso, o setor de saúde como indispensável retaguarda técnica, nos organismos humanos, no meio ambiente natural e no meio social, visando atingir as causas mais básicas das doenças.

Dessa forma, mais uma vez estabelece-se a relação entre as redes públicas e a formação do capital social na busca por estratégias de atuação e soluções dos problemas que atingem a todos, sendo a saúde e, mais especificamente, a dengue, um dos principais focos, como discutidos no presente trabalho.

Assim, além da construção das reflexões e posturas tem-se buscado construir eixos temáticos e de atuação básicas da Promoção da Saúde tais como os explicitados nas Tabelas 1 e 2.

Tabela 1 - Princípios da Promoção da Saúde.

Eixos Temáticos	Áreas de Trabalho	Eixos de Atuação
------------------------	--------------------------	-------------------------

Modos de viver	✓	Alimentação e nutrição	✓	Intersetorialidade
	✓	Atividade física e lazer	✓	Educação/Formação
	✓	Redução de danos decorrentes do consumo de álcool, tabaco e outras drogas	✓	Comunicação
	✓	Direito ao exercício autônomo da sexualidade	✓	Integralidade
	✓	Respeito à diversidade sexual		
	✓	Eqüidade de gênero, raça/etnia e cor		
	✓	Envelhecimento		
Condições e relações de trabalho	✓	Melhoria dos ambientes de trabalho	✓	Intersetorialidade
	✓	Redução da prevalência das doenças ocupacionais e dos acidentes de trabalho	✓	Educação/Formação
	✓	Serviços de saúde humanizados com ênfase na co-gestão dos processos de trabalho	✓	Comunicação
			✓	Integralidade
Ambientes	✓	Violência	✓	Intersetorialidade
	✓	Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito	✓	Educação/Formação
	✓	Convergência de agendas intersetoriais (Agenda 21, Desenvolvimento Territorial Sustentável, Planos Diretores das Cidades)	✓	Comunicação
	✓	Saneamento e qualidade das águas	✓	Integralidade
	✓	Saúde nas escolas (formação dos professores, sexualidade, alimentação e nutrição).		

Fonte: CAMPOS, *et al.*(2004).

Tais princípios e eixos de atuação, como na tabela a seguir, são os norteadores das ações que interligam a população e as políticas de Promoção da Saúde adequados para o perfeito funcionamento desse sistema.

Tabela 2 - Eixos de atuação da Promoção da Saúde.

Intersetorialidade	✓	Estabelecer parcerias intersetoriais, inter-institucionais e com entidades não-governamentais e da sociedade civil, visando:
		• fomentar o estabelecimento de políticas públicas integradas em favor da qualidade de vida;
		• incentivar a participação social no processo de decisão e gestão das políticas públicas em saúde;
		• reforçar o papel e a importância do controle social;
		• fortalecer processos de co-responsabilização na produção da saúde
	✓	Monitorar políticas públicas ligadas aos diversos setores que causem impacto na saúde dos sujeitos e coletivos
✓	Subsidiar a construção e elaborar regulações e normas que visem à produção e melhoria da qualidade de vida	
✓	Estimular, fortalecer e subsidiar a criação de redes de apoio social	

que trabalhem pela autonomia de sujeitos e coletivos

Educação/ Formação/ Comunicação	<ul style="list-style-type: none">✓ Estabelecer parceria com os meios de comunicação de modo a veicular conteúdos informativos e educativos em saúde✓ Investir em redes de educação popular, visando:<ul style="list-style-type: none">• divulgar conteúdos informativos e educativos em saúde;• fortalecer os saberes e as práticas desenvolvidos pelas comunidades para melhoria da qualidade de vida;• estimular a construção compartilhada de estratégias de promoção da saúde.✓ Investir em metodologias de educação à distância voltadas para a formação dos profissionais de saúde dentro da perspectiva promocional de modo a facilitar o processo de reorganização da atenção e da gestão dos serviços de saúde no sentido da autonomia, integralidade, intersetorialidade e participação social✓ Pesquisar as ações da promoção da saúde de modo a construir estratégias com crescente efetividade e eficácia Sistematizar, consolidar e divulgar informações e evidências no campo da promoção da saúde
Integralidade	<ul style="list-style-type: none">✓ Estimular e fortalecer o desenvolvimento de práticas no campo da atenção à saúde que favoreçam ao uso adequado de medicamentos e à desmedicalização sempre que possível✓ Estimular e fortalecer a organização do trabalho em equipes multiprofissionais✓ Estimular e fortalecer a relação dos serviços de saúde com os territórios em que se localizam✓ Fortalecer e consolidar práticas de co-gestão dos processos de trabalho em saúde✓ Investir na construção de colegiados gestores nos serviços de saúde que incluam a participação da população✓ Investir na inclusão dos usuários na elaboração de seus projetos de saúde (individuais e coletivos)✓ Investir em modos de organização dos serviços de saúde que reduzam as filas e o tempo de espera baseados na adoção de critérios de risco e no acolhimento✓ Desenvolver estratégias de suporte ao trabalho das equipes de saúde da família que articulem/integrem diferentes áreas do saber conforme as necessidades de saúde loco-regionais

Fonte: CAMPOS, *et al.* (2004).

É fundamental, então, vencer as barreiras que limitam o exercício da democracia e desenvolver sistemas flexíveis que reforcem a participação social e a cidadania, como preconizado pelas Conferências Internacionais realizadas, em especial as de Ottawa e Bogotá. Como afirmado na Carta de Ottawa, a promoção tem como objetivo garantir o acesso

universal à saúde e está afinada com o princípio de justiça social. “Alcançar a equidade consiste em eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades para se atingir o direito de bem-estar” (BRASIL, 2001, p. 40).

Segundo a OMS, para alcançar a equidade é preciso reorientar os serviços sanitários, visando ampliar o acesso, e criar ambientes de suporte, com políticas que viabilizem condições de vida favoráveis à saúde (WHO, 1986), priorizem “grupos desprivilegiados e vulneráveis” (BRASIL, 2001, p. 26), e revertam as desigualdades sociais instaladas. Cabe ainda assinalar que não se trata de buscar suprimir por completo os diferenciais de saúde existentes na população, atingindo uma suposta igualdade sanitária, mas sim identificar diferenças injustas e evitáveis, remetendo à dimensão moral e ética subjacente ao princípio e à busca por realizar os direitos sociais.

Diante desse panorama e levando-se em consideração que a OMS caracteriza como iniciativas de Promoção da Saúde os programas, as políticas e as atividades planejadas e executadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WHO, 1998), as estratégias de Promoção da Saúde requerem a cooperação entre os diferentes setores envolvidos e a articulação de suas ações: legislação, sistema tributário e medidas fiscais, educação, habitação, serviço social, cuidados primários em saúde, trabalho, alimentação, lazer, agricultura, transporte, planejamento urbano etc. Neste sentido, cabe destacar a responsabilidade do governo, tanto em nível local como nacional, de atuar de maneira a garantir que as condições totais, que estão além dos indivíduos ou grupos, sejam favoráveis à saúde (WHO, 1986).

As ações multi-estratégicas pressupõem o envolvimento de diferentes disciplinas e dizem respeito à combinação de métodos e abordagens variadas, incluindo desenvolvimento de políticas, mudanças organizacionais, desenvolvimento comunitário, questões legislativas, educacionais e do âmbito da comunicação.

Finalmente, a sustentabilidade das estratégias remete a um duplo significado: criar iniciativas que estejam de acordo com o princípio do desenvolvimento sustentável e garantir um processo duradouro e forte (ZIGLIO *et al.*, 2000).

Foi a consciência de que existem problemas essencialmente públicos (manutenção da ordem interna e internacional, a moralidade e a saúde pública), cuja solução deve ser encontrada por meios públicos, que justificou a atuação do estado moderno, condicionando ou limitando as liberdades individuais. Sua evolução, contudo, gerou o estado contemporâneo, essencialmente implementador de políticas públicas. Tal denominação é bastante atraente,

pois seus instrumentos de governo são, sobretudo, a persuasão e a informação – que orientam a auto-organização da sociedade – empregando o constrangimento apenas para garantir os valores fundamentais da sociedade e o respeito ao pactuado. Entretanto, trata-se apenas de uma idealização que tem por função realçar a introdução de um quase-direito do estado, que edita recomendações, faz acordos amigáveis, enuncia princípios desprovidos de força decisória. O estado contemporâneo, contudo, continua se baseando no emprego do direito, ainda que se reconheça a influência crescente dos mecanismos de persuasão em sua ação (FUNASA, 2002).

Assim, os grandes problemas contemporâneos de saúde pública exigem a atuação eficiente do estado, empregando tanto os mecanismos de persuasão (informação, fomento) quanto os meios materiais (executando serviços públicos) e as tradicionais medidas de polícia administrativa (condicionando e limitando a liberdade individual) na implementação de uma política pública que vise a proteção da saúde de suas populações. É o caso exemplar da dengue, que se expandiu no final do século vinte pelo mundo tropical, tendo atingido o Brasil. Atualmente tem-se apresentado em algumas cidades brasileiras, na forma epidêmica clássica, com perspectiva de ocorrências hemorrágicas de elevada letalidade.

2.3 Dengue: o foco do problema

Entre as doenças vetoradas, a dengue merece atenção porque gera transtornos físicos para a população e vários gastos com recursos, sejam estes humanos e financeiros, na tentativa de controle do vetor. Como em saúde pública pouco ou quase nada se consegue sem a participação de todos, somente com participação efetiva da sociedade através da incorporação dos conhecimentos sobre a doença e da instituição destas práticas rotineiramente, poderemos avançar no combate a um vetor.

Por isso, segundo Augusto, Carneiro e Martins (2005), a dengue permanece sendo um grande desafio para a saúde pública. A epidemiologia dessa doença mudou drasticamente nos últimos 50 anos, primeiro no sudeste asiático durante e em seguida a II Guerra Mundial e, nos últimos 25 anos, nas outras regiões tropicais do mundo, especialmente nas Américas.

Os autores acima citados ainda discutem que os fatores responsáveis por essas mudanças dizem respeito a transformações demográficas e sociais que resultaram na expansão geográfica e na co-circulação de múltiplos sorotipos de dengue e do principal vetor. A cada ano dessas décadas, milhões de pessoas foram infectadas pelo vírus da dengue em países da

África, Ásia, Ilhas do Pacífico e Américas, mas a vasta maioria dos casos responde pela forma clássica, indiferenciada ou assintomática da doença.

Nesse sentido, partindo do entendimento de que a vida cotidiana seja uma realidade interpretada pelos homens, ela se torna subjetivamente dotada de sentido apenas na medida em que forma um mundo coerente (BERGER; LUCKMANN, 1985).

Assim sendo, através de estudos realizados por Chiaravalloti Neto *et al.* (2002), restaram demonstrados que, isoladamente, os conhecimentos sobre a dengue e o seu vetor foram incorporados pela população, mas não corresponderam necessariamente a uma mudança de hábitos e conseqüentemente a uma redução no número de criadouros a ponto de evitar a transmissão da dengue.

2.3.1 Características epidemiológicas

A infecção da dengue apresenta relatos na literatura que datam de cerca de 200 anos, sendo tida como doença infecciosa febril aguda, de etiologia viral e evolução benigna na maioria dos casos.

A manifestação da dengue ocorre através de quatro sorotipos distintos: DEN-1 (infecção inaparente), DEN-2 (dengue clássico), DEN-3 (dengue hemorrágica) ou DEN-4 (síndrome do choque) (CONSOLI; OLIVEIRA, 1998).

As regiões tropicais e subtropicais são as mais comumente atingidas por essa doença que é causada por um vírus da família *Flaviviridae* e transmitida pelos mosquitos *Aedes aegypti* e *A. albopictus* (OMS, 2008).

De acordo com Augusto, Carneiro e Martins (2005), na natureza, os arbovírus são mantidos pela transmissão biológica entre animais vertebrados, por meio dos artrópodes ou entre esses, pelo mecanismo de transmissão transovariana ou possivelmente venérea. Daí a arbovirologia fundamentar-se no princípio, pelo menos em grande parte, de que os arbovírus tenham sido originados a partir dos artrópodes e apenas posteriormente foram selecionados os vertebrados como amplificadores de suas variedades populacionais.

O *Aedes aegypti* é o vetor urbano mais comum, pois se prolifera com facilidade no ambiente doméstico pela ausência de predadores e grande disponibilidade de criadouros. Portanto, em geral, não se tem transmissão do dengue em áreas urbanas e também em centros urbanos localizados em altitudes superiores a 1.200m (DONALÍSIO; GLASSER, 2002).

Estudos recentes de dispersão do *Aedes aegypti* marcados mostraram que a espécie realiza, em geral, deslocamentos de 100 a 500m. Havendo aglomerações humanas e muitos

criadouros disponíveis, as fêmeas dessa espécie não parecem necessitar realizar grandes deslocamentos. Por outro lado, em ambientes com escassez de hospedeiros e sítios de oviposição, fêmeas tenderiam a apresentar deslocamentos maior. Com isso, conclui-se que o *Aedes aegypti* apresenta curto raio de vôo, com cerca de 100m (FREITAS, 2006).

Além do *Aedes aegypti*, o mosquito *Aedes albopictus* também pode espalhar o vírus, o que é pouco comum, já que ele não frequenta ambientes domésticos como o *aegypti*. O *Aedes albopictus* é de origem asiática e recentemente introduzido nas Américas, onde mantém característica semidomiciliada. Esta espécie tem o hábito eclético e, ecologicamente, é uma espécie generalista capaz de evoluir rapidamente e surge, com a ajuda do homem, com elevada velocidade de colonização. As áreas urbanas mais arborizadas têm oferecido melhor condição ecológica para sua infestação.

Isso posto, a doença é transmitida apenas pela fêmea do mosquito, que se alimenta de sangue para amadurecer seus ovos. A partir do momento em que pica um humano infectado, ela adquire o vírus e se torna uma fonte de contaminação permanente, transmitindo a todos que picar durante a vida - que dura cerca de 30 a 45 dias. Não existe transmissão pelo contato direto entre pessoas, por secreções, fontes de água ou alimentos (OMS, 2008).

No Brasil e nas Américas, o *Aedes aegypti* é o mosquito epidemiologicamente mais importante, sendo este um mosquito oriundo da África e domesticado por ação antropofílica, é, também, o vetor responsável pela transmissão da febre amarela urbana. O mosquito, de cor escura e manchas brancas, adaptou-se muito bem à vida urbana. Possui hábitos diurnos, picando os indivíduos na parte da manhã e à tarde. As fêmeas depositam os ovos em água limpa, onde as larvas podem se proliferar a partir de depósitos artificiais de água, como pneus e tanques.

Em se tratando do vetor da dengue, o *Aedes aegypti*, a literatura afirma que seu principal *habitat* é o meio urbano. Sabendo que o *locus* da população mundial atualmente é a cidade – mais da metade da população mundial vive nas cidades – e por conseqüência o urbano; e sabendo ainda que o principal alimento do mosquito *Aedes aegypti* é o sangue, preferencialmente o humano, fecha-se assim a tríplice completa para favorabilidade do vetor, ou dos casos do dengue, nessas áreas (PROGRAMA NACIONAL DE CONTROLE DO DENGUE – PNCD, 2002 *apud* MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2008).

A susceptibilidade ao vírus do dengue é universal. A imunidade é de longa duração e sorotipo específica, ou seja, os infectados, por exemplo, pelo sorotipo 1 são imunes em relação a este, mas podem ser reinfectedos por qualquer um dos outros 3, podendo ocasionar o dengue hemorrágico. Ou seja, embora haja a auto imunização para um determinado sorotipo,

o infecção por um sorotipo diferente pode trazer a doença de volta. O diagnóstico compreende exames clínicos, exames laboratoriais e investigação epidemiológica, onde esta é uma das atividades mais importantes, que incluem a confirmação do diagnóstico, a detecção do local provável de infecção e da área de circulação do vírus. O tratamento é apenas dos sintomas e como profilaxia ainda não há vacina disponível (SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS – SUCEN, 1997).

A Tabela 3 traz as características gerais da epidemiologia da dengue, conforme o SUCEN (1997).

Tabela 3 – Características gerais da epidemiologia da dengue.

Agente		vírus de dengue sorotipos 1, 2, 3, 4 (<i>Flavivirus</i>)
Período de incubação	✓	3 a 15 dias geralmente 5 a 6 dias
Período de transmissibilidade	✓	dias antes dos primeiros sintomas até o 5º dia da doença
Sintomas		febre cefaléia mialgias astralgias dor retro orbicular náuseas, vômitos erupção cutânea hemorragia
Duração		5 a 7 dias
Diagnóstico		exame clínico referência de permanência em área endêmica sorologia isolamento do vírus vigilância epidemiológica
Prevenção		vigilância epidemiológica controle do vetor

Fonte: SUCEN (1997).

Com relação à epidemiologia, Augusto, Carneiro e Martins (2005) consideram que a dinâmica vetorial da arbovirologia resume-se na atuação dos diferentes tipos de interações na cadeia de transmissão, selecionando os determinantes críticos da exposição do homem aos arbovírus, bem como a interação natural, variações climáticas e topográficas, as quais definem

o padrão de distribuição geográfica e dos períodos reprodutivos e comportamentais dos organismos envolvidos nesse processo.

De acordo com os autores acima citados, os mais importantes parâmetros que caracterizam a dinâmica vetorial na epidemiologia da dengue são:

1. Competência vetorial: refere-se à distinção entre o encontro fortuito ou acidental de um vírus no organismo de qualquer artrópode. Para que o artrópode seja um vetor é necessário ser infeccioso e desenvolver formas consideradas metacíclicas ou infectantes para outros hospedeiros, sucedendo obrigatoriamente a passagem do vírus para o organismo sobre o qual a fêmea do artrópode fará seu repasto sanguíneo, incluindo os humanos.

2. Transmissão transovariana e venérea: enquanto a primeira refere-se à oportunidade de reproduzir a transmissão vertical em laboratório, pois não está bem claro esta forma de transmissão na natureza e o significado que isso representa para a epidemiologia das mais importantes arboviroses, a segunda mostra que, se os machos estão infectados na natureza, estes poderiam contribuir para a persistência do vírus, transmitindo-o sexualmente para as fêmeas. Esta questão demonstra interesse face à importância dos arbovírus serem mantidos por mecanismos naturais na ausência do hospedeiro vertebrado.

3. Capacidade vetorial: refere-se a toda e qualquer atitude do artrópode que estabeleça o contato e subsequente passagem do vírus. Tal contato é influenciado por condições inatas ou naturais, como a sazonalidade, a variação geográfica, a fecundidade e longevidade, alimentação, taxa de picada e repasto da fêmea e sobrevivência do vetor. A abundância do *Aedes aegypti*, por exemplo, está relacionada à temperatura e às chuvas, conseqüentemente definindo o período do ano para o maior risco de ocorrência das epidemias da doença.

4. Fatores socio-ambientais: o papel das populações humanas e sua relação com o *Aedes aegypti* e as condições, sob as quais se processam as interações para circulação viral são partes indissociáveis da dinâmica de transmissão da dengue. Nos grandes centros urbanos, por exemplo, as densidades elevadas das populações humanas permeiam a persistência endêmica e epidêmica da dengue. A exposição humana às infecções pelos sorotipos da dengue, relacionadas às situações sociais é de extrema importância no estudo da transmissão da dengue.

2.3.2 Profilaxia

A dengue é uma das doenças de maior incidência nas regiões intertropicais em todos os continentes, sendo um fenômeno da segunda metade do século 20, e que nas duas últimas décadas apresentou um crescimento do número de casos e dos países acometidos. É a virose urbana mais difundida no mundo. Com exceção da Europa, ocorre em todos os continentes. É uma doença de áreas tropicais e subtropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento do mosquito *Aedes aegypti* (OMS, 2008; OPAS, 1996).

É uma doença infecciosa viral que afeta mais de 100 países no mundo. Dados da [Organização Mundial da Saúde](#) (OMS) mostram mais de 50 milhões de indivíduos infectados por ano, com 500.000 casos de dengue hemorrágica e 20.000 mortos a cada ano, considerando-se ainda, que os vírus da dengue costumavam causar doença nas regiões mais quentes entre os trópicos de Câncer e Capricórnio. Com a disseminação do mosquito além dessas latitudes, com o auxílio das temperaturas provocado pelo aquecimento global, o vírus está se espalhando e causando a doença em regiões mais perto dos pólos (OMS, 2008; OPAS, 1996). A cada ano a doença vem se repetindo no Brasil, onde o maior número de casos se concentra no período das chuvas, época em que as condições ambientais, principalmente alta pluviosidade e calor, são propícios para o desenvolvimento e a proliferação do mosquito vetor.

Devem ser notificados os pacientes com história de febre recente com tendência hemorrágica que pode variar desde prova do laço positiva, presença de petéquias, equimoses, púrpura, sangramento gastrointestinal ou outros, acompanhado de aumento do hematócrito em 20% e plaquetopenia (plaquetas menor que 100.000/mm³). A confirmação será feita através da clínica e exames laboratoriais específicos (sorologia e/ou isolamento de vírus). Os pacientes que necessitam de maior atenção do sistema de saúde são os que têm dengue e apresentam história patológica pregressa de alergias (principalmente asma brônquica), anemia falciforme, diabetes *mellitus*, doenças auto-imunes, doenças severas do aparelho cardiovascular e respiratório (OMS, 2008; OPAS, 1996).

A doença apresenta um ciclo de transmissão determinado pela mordida do mosquito *Aedes aegypti* no homem. O mosquito pode carregar o vírus por um período de 10 a 14 dias depois que pica alguém com a doença, que inicia quando a fêmea do mosquito deposita seus ovos na água parada em vasos, garrafas e [pneus](#), por exemplo, deixados no quintal das casas. Os ovos se transformam em larvas que podem viver na água durante uma semana. Depois

disso, se transformam em mosquitos adultos (CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – CVE, 2011).

Cabe ressaltar que a transmissão da doença é rara quando a temperatura cai abaixo de 16°C. A temperatura ideal para o mosquito é acima de 30°C., por isso a doença acontece com maior frequência no verão. As fêmeas precisam colocar seus ovos em um local quente e úmido. Os ovos do mosquito são resistentes e podem sobreviver até um ano em condições adversas, como uma seca prolongada, grudados na parte externa de um recipiente, por exemplo. O transporte desses recipientes contaminados faz com que os ovos se espalhem por uma grande área (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO – SES/SP, 2001)

Segundo informações do [Ministério da Saúde](#), o mosquito *Aedes Aegypti* mede menos de um centímetro, tem aparência inofensiva, cor café ou preta e listras brancas no corpo e nas pernas. Costuma picar nas primeiras horas da manhã e nas últimas da tarde, evitando o sol forte, mas, mesmo nas horas quentes, ele pode atacar à sombra, dentro ou fora de casa. Há suspeitas de que alguns ataquem durante a noite. O indivíduo não percebe a picada, pois no momento não dói e nem coça. Segundo algumas pesquisas recentes, a fêmea do *Aedes* voa até mil metros de distância de seus ovos, capacidade muito maior do que se acreditava (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 2001).

2.3.3 Medidas de controle e profilaxia

Quanto às medidas de controle e profilaxia, podem ser de tipos mecânico ou químico, onde o controle mecânico se compõe de medidas dirigidas aos recipientes, constituindo-se na sua remoção ou alteração de suas condições de maneira a não permitir o acúmulo de água e a proliferação das formas imaturas de mosquito. São atividades de controle mecânico:

- ✓ **Casa-a-casa:** consiste na visita a todos os imóveis de uma determinada área, por funcionários treinados a realizar as diversas medidas de controle próprias da atividade.
- ✓ **Arrastão:** consiste na remoção, destruição e tratamento químico de criadouros por equipes organizadas e treinadas pela Prefeitura Municipal.
- ✓ **Mutirão de limpeza:** é a remoção de criadouros reais ou potenciais através da ação da população após intenso trabalho educativo realizado pelas entidades participantes.
- ✓ **Delimitação de foco:** consiste na visita a todos os imóveis compreendidos pelo raio estabelecido em torno do imóvel ou imóveis onde foram encontrados recipientes positivos, para a realização de diversas medidas de controle próprias da atividade.
- ✓ **Controle químico:** consiste na aplicação de produtos químicos, de baixa a alta concentração nos locais de criação do vetor e em suas proximidades ou locais de abrigo e repouso, em doses previamente determinadas, para as

diferentes técnicas e equipamentos utilizados, devendo ser executados por pessoal treinado. Basicamente, pode-se dividir o controle químico em duas modalidades: larvicida e adulticida. São atividades de controle químico:

Tratamento focal: é o tratamento interno dos recipientes não removíveis ou não alteráveis de posição e de estrutura, com larvicida de baixa toxicidade.

Tratamento perifocal: é a aplicação de inseticida de ação residual sobre as superfícies internas e externas de recipientes e sobre a porção de superfície vertical imediata a esses recipientes, estejam os mesmos dentro de edificações ou ao relento (SUCEN, 2002.)

Os estudos epidemiológicos da dengue estão voltados para a análise das características e alterações dos quatro maiores componentes, tais como os sorotipos, os hospedeiros, os vetores e os socioambientais, além de dados climáticos e geográficos (AUGUSTO, CARNEIRO; MARTINS, 2005).

Nesse sentido, o papel da vigilância epidemiológica tem como objetivo controlar a ocorrência da doença através do combate ao mosquito transmissor. A notificação deve ser compulsória e de investigação obrigatória, principalmente quando se trata dos primeiros casos de dengue clássica diagnosticados em uma área, ou quando se suspeita de febre hemorrágica. Os óbitos decorrentes da doença devem ser investigados imediatamente (MINISTÉRIO DA SAÚDE – MS, 2004).

Já com relação à vigilância entomológica, seu papel seria o de evoluir para abordagens mais integradas ou interdisciplinares objetivando explicar a dinâmica de transmissão da doença e contribuir para a formulação de estratégias de prevenção e controle da dengue (AUGUSTO, CARNEIRO; MARTINS, 2005).

Para Gomes (2001), o papel da vigilância entomológica está relacionado ao estudo de processos ecológicos, epidemiológicos, climáticos e sociais que envolvem o homem como um elo obrigatório de exposição aos patógenos. Subsequentemente, a proposta da vigilância entomológica deve ser capaz de produzir conhecimento e faculdade de apreender o objeto da entomologia de forma complexa, para contribuir à análise dos fatores de risco e predição de eventos epidêmicos.

Assim, as medidas de controle existentes se restringem ao vetor *Aedes aegypti*. O combate ao vetor deve englobar ações continuadas de inspeções domiciliares, eliminação e tratamento de criadouros, priorizando atividades de educação em saúde e mobilização social. A finalidade das ações de rotina é manter a infestação do vetor em níveis incompatíveis com a transmissão da doença. Em situações de epidemias deve ocorrer a intensificação das ações de controle, prioritariamente a eliminação de criadouros e o tratamento focal (FUNASA, 2001; SES, 1991, 2010).

Cabe ressaltar também que, quando da análise e proposta de medidas de controle do vetor da dengue, dois aspectos são importantes: definir o tamanho da população e encontrar uma amostra que seja suficientemente sensível para monitorar as mudanças na densidade de *Aedes aegypti*. Nesse caso, prover uma estimativa de densidade populacional e taxa de infecção viral faz parte do conhecimento necessário para prever uma possível epidemia (AUGUSTO, CARNEIRO; MARTINS, 2005).

Tem-se então que, nas medidas de infestação da cidade por *Aedes aegypti*, quase sempre aparece o Índice Predial e o Índice de *Breteau*. O Índice Predial é importante para o conhecimento dos tipos de recipientes criadouros de *Aedes aegypti*, porquanto a quantificação deste por domicílio, quando apresenta valores baixos, pode não significar ausência de risco, posto que um pequeno número de recipientes poderá produzir mais adultos do que numerosos recipientes pequenos descartáveis, o que pode explicar a dificuldade no estabelecimento da correlação entre os valores dos índices larvários e a ocorrência de dengue. O Índice de *Breteau*, por sua vez, representa um valor numérico que define a quantidade de insetos em fase de desenvolvimento encontradas nas habitações humanas pela quantidade de total vistoriada (AUGUSTO, CARNEIRO; MARTINS, 2005).

Estabelecidos os índices e as condições para que estes sejam mensurados é possível, então, traçar um panorama da dengue.

2.3.4 Panorama da dengue no Brasil

No Brasil há relatos de prováveis epidemias de dengue no início deste século, sendo que as primeiras referências são do período colonial. Em 1865 foi descrito o primeiro caso de dengue no Brasil, na cidade de Recife. Sete anos depois, em Salvador uma epidemia de dengue levou a aproximadamente 2.000 mortes. Em 1846, a dengue fora considerada como epidêmica, atingindo vários Estados, como Rio de Janeiro e São Paulo (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE – FUNASA, 2001).

No início do século XX, em 1903, Oswaldo Cruz, implantou um programa de combate ao mosquito que se prolongou por anos. O medo, na época, eram as epidemias de febre amarela. O *Aedes* chegou a ser erradicado no Brasil na década de 50, mas retornou, e na década de 80 houve uma epidemia de dengue em Roraima (FUNASA, 2001).

No ano de 1916, em São Paulo, e em 1923, em Niterói, foram diagnosticadas epidemias da doença. Entretanto, a primeira epidemia documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em Boa Vista, Roraima, em 1982. Até 1957 achava-se que a dengue

era uma doença benigna, mas nesse ano, pela primeira vez ocorreu uma epidemia de dengue hemorrágica nas Filipinas. No continente americano, a primeira epidemia de dengue hemorrágica aconteceu em Cuba, em 1981. Em 1986, a dengue reapareceu de forma epidêmica nos estados do Rio de Janeiro, Ceará e Alagoas, sendo que a maior epidemia ocorreu no primeiro, atingindo mais de um milhão de pessoas. A partir de 1994, as epidemias têm apresentado maior vulto, espalhando-se para todas as regiões geográficas. Os primeiros casos de dengue hemorrágico apareceram no Rio de Janeiro em 1990, com a introdução de um novo sorotipo. Com a disseminação desse sorotipo para outras regiões do país, infectando pessoas que já haviam contraído a doença anteriormente, foram surgindo casos de dengue hemorrágico em outros estados, como Ceará, Espírito Santo, Rio Grande do Norte, Pernambuco e Rio de Janeiro. Assim, no período de 1990 a 1998 (dados provisórios), foram confirmados 718 casos que levaram 27 pessoas à morte (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO, 1996).

A Tabela 4 mostra o perfil de casos confirmados de dengue no Brasil entre 1997 e 2005, com destaque para a região Sudeste, onde se encontra nossa área em estudo.

Tabela 4 – Número de casos de dengue no Brasil e grandes regiões (1997 – 2005).

Região	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005*	Total
Norte	22.174	27.018	15.118	30.848	63.400	30.672	46.672	31.573	41.487	311.657
Nordeste	190.234	224.833	111.327	121.920	188.963	312.519	214.705	42.219	118.257	1.651.121
Sudeste	22.633	229.630	41.111	53.657	173.691	384.999	83.594	31.001	35.452	1.090.062
Sul	1.197	2.994	1.416	4.503	3.731	16.224	22.507	3.554	5.020	66.336
Centro-Oeste	12.965	20.552	14.115	17.197	34.529	68.690	36.164	15.528	41.580	277.101
Total	249.203	505.027	183.087	228.125	464.314	813.104	403.642	123.875	241.796	3.396.277

* dados sujeitos à revisão.

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2006.

Como se pode observar na tabela, houve um crescimento significativo da dengue na década de 90, atingindo o nível mais elevado em 1998, com mais de 500 mil casos registrados. Houve uma redução acentuada em 1999, com as campanhas de combate ao mosquito, e um aumento consecutivo em 2000 e 2001, com mais de 239 mil e 390 mil casos notificados, respectivamente.

A Tabela 5 mostra a taxa de incidência de dengue por região do país no período de 1994 a 2005.

Tabela 5 - Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), segundo região do Brasil, (1994 – 2005).

Regiões	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Brasil	37	88	117	156	327	54	64	237	398	165	41	85
Norte	0	29	24	191	228	90	170	394	151	211	137	178
Nordeste	112	132	281	421	497	105	128	317	555	309	46	154

Sudeste	1	71	51	33	363	34	23	239	467	104	30	30
Sul	-	13	22	3	12	1	5	6	32	43	1	4
Centro-Oeste	58	243	150	120	187	52	68	212	392	171	70	204

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) e Base Populacional do IBGE (2006).

Diante dos números apresentados tornou-se imperativo a elaboração e implementação de planos e programas voltados para o controle e erradicação da dengue no Brasil.

2.3.5 Planos e programas brasileiros de enfrentamento à dengue

Pelo fato do Brasil e de suas dimensões continentais apresentar as condições sócio-ambientais favoráveis à expansão do *Aedes aegypti*, sua reintrodução e dispersão não têm conseguido ser controlada com os métodos tradicionalmente empregados no combate às doenças transmitidas por vetores. Programas implementados pelo Ministério da Saúde tiveram baixíssima participação da comunidade, sem integração intersetorial e com pequena utilização do instrumental epidemiológico mostraram-se incapazes de conter um vetor com altíssima capacidade de adaptação ao ambiente criado pela urbanização acelerada e pelos novos hábitos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Após tentativas de campanhas nas décadas de 30 a 50, em 1967 criou-se a Superintendência de Campanhas de Saúde Pública (SUCAM). No mesmo ano, confirmou-se a reintrodução do *Aedes aegypti* no país (que havia sido considerado erradicado em 1958 segundo a XV Conferência Sanitária Pan-Americana, em Porto Rico) no Estado do Pará, e dois anos depois, em 1969, no Estado do Maranhão. Em 1973, um último foco foi eliminado e o vetor, novamente, considerado erradicado do território brasileiro (NOBRE *et al.*, 1994).

Em 1976, entretanto, o *Aedes aegypti* retornou ao Brasil, em função de falhas na vigilância epidemiológica e de mudanças sociais e ambientais decorrentes da urbanização acelerada dessa época, sendo confirmadas reinfestações nos Estados do Rio Grande do Norte e do Rio de Janeiro e, desde então, o Ministério da Saúde tem implementado programas de controle. Na época, como ainda não havia o registro de casos de dengue, todas as ações eram focadas na erradicação do vetor. Inicialmente, o programa foi coordenado pela Sucam, por intermédio do Programa Nacional de Controle da Febre Amarela e Dengue (NOBRE *et al.*, 1994).

Em 1996, o Ministério da Saúde propôs o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa), assim que o médico Adib Jatene assumiu o Ministério. Tido como o mais pretensioso

dos programas já implementados nessa área, a iniciativa recebeu aval da Organização Mundial de Saúde. O plano, que previa ação integrada com vários outros ministérios, foi dividido em nove áreas de atuação, denominadas Componentes: 1) Entomologia; 2) Operações de campo de combate ao vetor; 3) Vigilância de portos, aeroportos e fronteiras; 4) Saneamento; 5) Informação, educação e comunicação social; 6) Vigilância epidemiológica e sistema de informações; 7) Laboratório; 8) Desenvolvimento de recursos humanos; e 9) Legislação de suporte. De acordo com o PEAa, os benefícios da erradicação do vetor justificariam, plenamente, os esforços das fases iniciais e implicariam, no longo prazo, redução de custos (FUNASA, 2001).

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) (2001), o PEAa, contudo, conseguiu apenas iniciar o processo de implantação das ações pretendidas, mediante celebração de convênios, a partir de 1997, ano em que o então ministro Adib Jatene deixa o ministério por falta de apoio e de dinheiro, não antes de alertar, através de uma carta, ao Presidente em exercício, Fernando Henrique Cardoso, a iminência de novas epidemias. Em 1997, a verba para combater o mosquito havia sido reduzida para um quinto e, em 1998, conforme dados do Ministério da Saúde, explodiu a epidemia com 528 mil casos notificados, sendo 327 casos por 100 mil habitantes, contabilizando 90% deles nas regiões Nordeste e Sudeste, conforme dados da Tabela 6.

Tabela 6 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), regiões/Brasil (1997 – 1998).

Regiões	1997	1998
Brasil	156	327
Norte	191	228
Nordeste	421	497
Sudeste	33	363
Sul	3	12
Centro-Oeste	120	187

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) e Base Populacional do IBGE (2006).

O aumento do número de casos de dengue e o avanço da infestação vetorial demonstravam que a implementação do PEAa não havia alcançado o êxito esperado. A meta do plano, de redução significativa do número de municípios infestados pelo vetor a partir de 1998, não foi atingida. Conseqüentemente, ainda no início daquele ano, implementou-se um plano de revisão, denominado Ajuste Operacional do PEAa, que assumia uma estratificação epidemiológica: definiram-se municípios prioritários, que correspondiam àqueles com altos

índices de infestação pelo vetor ou de casos de dengue. Esse plano de ajuste, em tese, ratificava o que já ocorria na prática, em operações de campo e aplicação de inseticidas (FUNASA, 2001).

No ano de 1999, foi alcançada a marca de 3.701 municípios conveniados. O Ministério da Saúde investiu mais de um bilhão de reais nesses municípios, na estruturação do combate ao vetor. Esses recursos foram aplicados na contratação e capacitação de pessoal, aquisição de veículos e equipamentos. Diversas áreas de atuação não foram implementadas, entre as quais pode-se citar, principalmente: saneamento; informação; educação e comunicação social; desenvolvimento de recursos humanos; e legislação de suporte.

Silva *et al.* (2002) acreditam que as principais causas do fracasso do PEAA tenham sido a não-universalização das ações em cada município e a descontinuidade na execução das atividades de combate ao vetor. Apesar de todos esses problemas, na prática, o PEAA contribuiu para fortalecer o combate ao *Aedes aegypti*. Durante a vigência do programa houve aumento considerável dos recursos disponíveis para essas atividades, embora os focos principais das ações de prevenção ainda fossem o uso de inseticidas e a eliminação de criadouros.

Ainda assim, a evolução dos casos ocorrida em meados da década de 90 no Brasil caracteriza-se como uma segunda epidemia de dengue, onde o vetor dispersou-se rapidamente em estados e municípios do interior do país. Essa segunda epidemia trouxe uma característica que a diferenciou da considerada primeira epidemia, onde havia predomínio do vetor em grandes centros urbanos da região Sudeste e em 1991 produziu 71 casos por 100 mil habitantes.

No ano de 2001, se evidencia uma terceira epidemia, de proporções ainda maiores, com 795 mil notificações em 2002 (398 casos por 100 mil habitantes). Esta ocorrência está associada à detecção, no Brasil, do sorotipo 3 do vírus da dengue, sendo que o aumento dos casos na região Sudeste foi alarmante, conforme mostra a Tabela 7:

Tabela 7 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), regiões/Brasil (1999 – 2002).

Regiões	1999	2000	2001	2002
Brasil	54	64	237	398
Norte	90	170	394	151
Nordeste	105	128	317	555
Sudeste	34	23	239	467
Sul	1	5	6	32
Centro-Oeste	52	68	212	392

Ainda no ano de 2001, o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde realizaram um Seminário Internacional com a finalidade de avaliar as experiências bem sucedidas no controle da doença e elaborar um Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), mediante um cenário onde havia uma tendência de aumento da incidência verificada no final da década de 90 e da introdução de um novo sorotipo (Dengue 3) que prenunciava um elevado risco de epidemias de dengue e de aumento nos casos de Febre Hemorrágica de Dengue (FHD).

Ao longo do processo de implantação do PEAa, observou-se a inviabilidade técnica de erradicação do mosquito a curto e médio prazos. As ações de prevenção continuavam centradas quase que exclusivamente nas atividades de campo de combate ao *Aedes aegypti*, sendo esta uma estratégia comum aos programas de controle de doenças transmitidas por vetor em todo o mundo, mas tem se mostrado incapaz de responder à complexidade epidemiológica da dengue. Mediante a impossibilidade de existência de uma política de erradicação do vetor a curto prazo, necessário se fez redesenhar o programa incorporando elementos como a mobilização social e a participação comunitária, considerados atores indispensáveis na luta contra um vetor altamente domiciliado como é o caso do *Aedes aegypti*. O programa não atingiu todas as suas metas, mas avançou ao propor a necessidade de atuação multissetorial e prever um modelo descentralizado de combate à doença, com a participação das três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Sua implantação teve uma característica essencial, que residiu no fortalecimento das ações de combate ao vetor, com um significativo aumento dos recursos utilizados para essas atividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Em função da complexidade que envolve a prevenção e o controle da dengue, o programa nacional estabeleceu dez componentes de ação, sendo eles: vigilância epidemiológica; combate ao vetor; assistência aos pacientes; integração com a atenção básica (PACS/PSF); ações de saneamento ambiental; ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização; capacitação de recursos humanos; legislação de apoio ao programa e acompanhamento e avaliação, acreditando que estas ações devidamente implementadas, seriam base para a estruturação de programas permanentes, integrados e intersetoriais, características essenciais para o enfrentamento desse importante problema de

saúde pública. Dentre as diferenças apresentadas em relação aos programas anteriores destaca-se:

1. A elaboração de programas permanentes, uma vez que não existe nenhuma evidência técnica de que a erradicação do mosquito seja possível, a curto prazo;
2. O desenvolvimento de campanhas de informação e mobilização social, de maneira a se criar o envolvimento da sociedade na manutenção do ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor;
3. Fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença;
4. Melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor;
5. Integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização dos Programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programas de Saúde da Família (PSF);
6. Utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc;
7. Atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recursos seguros para armazenagem de água;
8. Desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.)

Atualmente há um consenso de que o êxito de qualquer programa de controle do vetor esteja intimamente interligado à participação e cooperação da sociedade. Mas para que haja esta participação, necessário é que ações de âmbito nacional sejam desenvolvidas, assim como sinalizam a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde, no sentido de ser necessário sensibilizar os formadores de opinião para a importância da ação de comunicação/educação no combate ao dengue; sensibilizar o público em geral sobre a necessidade de uma parceria governo/sociedade com vistas ao controle do dengue no país; enfatizar a responsabilidade social no resgate da cidadania, numa perspectiva de que cada cidadão é responsável por si e pela sua comunidade (OMS, 2008; OPAS, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

2.3.6 Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)

Com o fracasso da tentativa de eliminação do *Aedes aegypti* no país, o ano de 2002 inicia-se apresentando um cenário de rápida disseminação do sorotipo (Dengue 3), mostrando a fragilidade do Programa de Erradicação e a preocupação com a facilidade de circulação de

novos sorotipos em nosso território, o Ministério da Saúde, mais uma vez emergencialmente, propôs o Programa Nacional de Controle da Dengue, através da Portaria no. 1347/GM em 24 de julho de 2002, que o instituiu e elencou outras providências, onde se incorporaram experiências nacionais e internacionais nas intensificações das ações para enfrentamento do problema e a redução do impacto da dengue no Brasil.

Verificou-se que, até então, 70% dos casos notificados da dengue no país concentravam-se em municípios com mais de 50.000 habitantes, os quais, em sua maioria, eram os responsáveis pela dispersão do vetor e da doença para os municípios menores (FUNASA, 2002).

Neste contexto, o PNCD aumenta as responsabilidades para os Estados e suas regiões metropolitanas, aos municípios com população igual ou superior a 50.000 habitantes e municípios indicados como receptores à introdução de novos sorotipos de dengue.

Com objetivo de reduzir a infestação pelo *Aedes aegypti*, a incidência da dengue e a letalidade por febre hemorrágica da dengue, o PNCD apresenta as seguintes metas:

- Redução a menos de 1% da infestação predial em todos os municípios;
 - Redução em 50% do número de casos de 2003 em relação a 2002 e nos seguintes, 25% a cada ano;
 - Redução da letalidade por febre hemorrágica da dengue a menos de 1%.

O PNCD traz uma organização de ações distribuídas em dez componentes a serem adequados às realidades locais, resguardando a sintonia com seus objetivos e metas. De forma geral, as metas são: a constituição de equipes municipais específicas para o controle do vetor do dengue e as visitas sistemáticas a todos os imóveis dos municípios infestados, apresentando, mais uma vez, uma política reativa, visando intensificar as visitas em imóveis dos municípios com epidemia e não com objetivo de controle preventivo de um vetor (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – SVS, 2002).

- **Componente 1** – Vigilância Epidemiológica
- **Componente 2** – Combate ao Vetor
- **Componente 3** – Assistência aos Pacientes
- **Componente 4** – Integração com Atenção Básica (PACS/PSF)
- **Componente 5** – Ações de Saneamento Ambiental
- **Componente 6** – Ações Integradas de Educação em Saúde, Comunicação e Mobilização Social
- **Componente 7** – Capacitação de Recursos Humanos

- **Componente 8** – Legislação
- **Componente 9** – Sustentação Político-Social
- **Componente 10** – Acompanhamento e Avaliação do PNCD.

Visando o monitoramento dos componentes a serem dinamizados, foram estabelecidas no Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) quinze diretrizes para melhor direcionar e proporcionar condições de avaliação e monitoramento, sendo:

1 – Intensificar as ações de combate ao mosquito da dengue (*Aedes aegypti*), através de visitas a todos os imóveis e estabelecimentos comerciais da cidade;

2 – Criar equipes noturnas e de final de semana para o atendimento de denúncias de criadouros do mosquito da dengue;

3 – Desenvolver ações integradas entre todos os órgãos públicos Federais, Estaduais e Municipais e a comunidade em geral para a eliminação dos criadouros do mosquito da dengue. Isso é feito através de visitas domiciliares, limpeza de bocas de lobo, limpeza e roçagem de lotes baldios, e conta ainda com a realização de mutirões de limpeza das margens de córregos, logradouros públicos e todos os possíveis locais com criadouros do mosquito;

4 – Disponibilizar um número 0800 para recebimento de ligações telefônicas gratuitas, inclusive nos horários não-comerciais, tais como de 18:00 às 22:00 horas e aos finais de semana, para orientar sobre a doença e o controle do mosquito. Esse número servirá para o recebimento de denúncias sobre focos e casos de infestação da dengue;

5 – Disponibilizar informações no site da Secretaria Municipal de Saúde, que abordem dicas e sugestões para a comunidade e mostrem também as ações e resultados do “Programa Municipal de Controle da Dengue”;

6 – Integrar as ações do Programa de Saúde da Família (PSF) com as ações desse “Programa Municipal de Controle da Dengue”, em todas as localidades, Setores e Bairros da cidade;

7 – Estabelecer parcerias com a Secretaria Estadual de Saúde e outras instituições buscando reforço através da contratação de mais funcionários e aquisição de mais equipamentos;

8 – Realizar a capacitação contínua dos Agentes de Saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) e dos Agentes Municipais de Controle da Dengue para que estes possam atuar com eficiência nas ações desse “Programa Municipal de Controle da Dengue”. Uma

alternativa para isso é estabelecer parcerias com a Fundação de Medicina Tropical do Estado e com as Universidades locais para a capacitação contínua desses Agentes;

9 – Criar um “Banco de Dados sobre a Dengue”, que conterà todos os índices de infestação do mosquito, por semana, mês, e diferentes períodos do ano, para cada Setor e Bairro da cidade;

10 – Articular o trabalho da Vigilância Epidemiológica do Município com as operações de campo e as Unidades de Saúde (Hospitais, Clínicas, Postos de Saúde) quanto ao repasse de informações ao “Banco de Dados sobre a Dengue” e ao “Sistema de Informações de Febre Amarela e Dengue – SISFAD”;

11 – Realizar parcerias com igrejas, pastorais, entidades filantrópicas (como a APAE, por exemplo), associações de moradores, escolas públicas e privadas, entidades classistas, organizações não governamentais (ONGs), entre outros, na realização de atividades de combate ao dengue, como caminhadas, apresentações teatrais etc. O “Programa Municipal de Controle da Dengue” conterà também com uma equipe especial que periodicamente visitará todos os parceiros e fará a realização de palestras, apresentações de teatro, oficinas de capacitação, etc.;

12 – Envolver todas as escolas particulares e públicas nas ações educativas para prevenção da dengue. O “Programa Municipal de Controle da Dengue” fará a capacitação de professores e promoverá a distribuição de material educativo (*folder*, adesivo, panfleto, cartilhas, etc.) para alunos e população em geral;

13 – Realizar campanhas publicitárias de conscientização da população usando todos os veículos de comunicação da cidade (rádios, programa televisionados, jornais impressos, revistas e internet);

14 – Criar um protocolo de ação de combate ao dengue para os corretores e proprietários de imóveis fechados para a inspeção desses locais;

15 – Estabelecer parceria com o Ministério Público e o Judiciário para a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do “Programa Municipal de Controle da Dengue” na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A adoção deste programa leva em consideração também a legislação que permite a entrada dos agentes sanitários nos imóveis, mesmo que não autorizados pelos proprietários e também a parceria com a Fundação Nacional de Saúde (FUNASA) e com o Centro de

Pesquisas de Direito Sanitário (Cepedisa) da Universidade de São Paulo (USP), que promoveu os estudos necessários na legislação vigente.

Neste esforço, em 11 de outubro de 2002, reuniram-se no Rio de Janeiro respeitados profissionais da área jurídica, professores, membros da Magistratura, Ministério Público e técnicos do setor saúde das três esferas de governo, que com base nos estudos realizados pelo Cepedisa, elaboraram um documento-síntese, que orienta a atuação tanto dos agentes públicos quanto a dos operadores do direito. Assim, a FUNASA disponibiliza às secretarias estaduais e municipais de saúde, bem como aos membros da Magistratura, do Ministério Público e da Defensoria Pública, em todas as Comarcas brasileiras, o resultado deste trabalho, orientando a atuação dos agentes de saúde e portaria da FUNASA, definindo os indicadores da dengue que caracterizam risco à saúde pública. Com estas medidas, todas as esferas da rede pública estão aptas a contribuir para o alcance das metas do PNCD (FUNASA, 2002).

Aos 09 dias do mês de outubro de 2003, a Portaria no. 1934 do Ministério da Saúde instituiu o Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue o último sábado do mês de novembro e instituiu também, o Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue, com a finalidade, de acordo com o art. 2º da citada Portaria, de coordenar a implementação nacional das ações de educação em saúde e mobilização social voltadas ao combate à doença, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra a Dengue.

Tal Portaria ainda elenca algumas considerações, as quais buscam evidenciar as bases motivacionais da instituição de um dia de mobilização e de um Comitê de Mobilização, quais sejam as afirmações de que: cerca de 90% dos criadouros do mosquito transmissor da dengue estão localizados nas residências; de que há necessidade de se intensificar as ações de eliminação dos criadouros no período que antecede o período da estação de chuvas; e ainda que a mobilização da população nas ações de combate à dengue é de fundamental importância para o controle da doença.

O Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue reunia representantes das três instâncias de governo e da sociedade civil. Participavam: Conferência Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB), Força Sindical, Associação Brasileira de Imprensa, Conselho das Igrejas Cristãs do Brasil, Organização das Cooperativas Brasileiras e Confederação Nacional das Donas de Casa e Consumidores, entre outros.

Foi constituído ainda, o Comitê Técnico de Acompanhamento e Assessoramento do Programa Nacional de Controle da Dengue, que reunia especialistas do governo e da academia, com o objetivo de avaliar as ações previstas no Programa Nacional e propor

mecanismos para a execução das atividades, trazendo maior agilidade e eficácia no combate ao mosquito, diagnosticando e tratando os casos o mais rapidamente possível, de forma a reduzir e controlar os focos.

Integravam o grupo técnico representantes da Secretaria de Vigilância em Saúde, da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), da OPAS e dos conselhos nacionais de secretários municipais e estaduais de Saúde (Conass e Conasems), além da USP e de universidades federais de várias capitais (ANDI, 2009).

Assim, o poder público cria essas instâncias e as operacionaliza com diversas ferramentas para promover um verdadeiro cerco ao mosquito. Mas a criação de instituições e leis por si só, não determinam envolvimento da população em geral.

Assim, os indicadores do ano de 2003 apontam um arrefecimento no número de casos, como mostra a tabela abaixo, mas o resultado poderia ser mais impactante mediante as ações previstas.

No ano de 2002, o Brasil apresentou 398 casos por 100 mil habitantes já em 2003, foram 165 casos por 100 mil habitantes.

Observa-se uma importante diminuição na taxa de incidência de dengue, com destaque para as regiões Sul e Sudeste, de acordo com a Tabela 8 abaixo.

Tabela 8 – Taxa de incidência de dengue (por 100 mil habitantes), regiões/Brasil (2002 – 2005).

Regiões	2002	2003	2004	2005
Brasil	398	165	41	85
Norte	151	211	137	178
Nordeste	555	309	46	154
Sudeste	467	104	30	30
Sul	32	43	1	4
Centro-Oeste	392	171	70	204

Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/SVS – SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO (SINAN) e Base Populacional do IBGE (2006).

Em 2010, o número de casos de dengue aumentou se comparado a 2009. Só no referido ano, o Brasil apresentou 447.769 casos da doença, um aumento de 80% em relação ao mesmo período de 2009. Em compensação, houve uma redução de 30,6% no número de casos graves, e de 7,8% no de óbitos. Ao todo, 16 estados apresentaram acréscimo na notificação da doença.

Assim sendo, o Ministério da Saúde, através da Portaria n. 29 de 11 de julho de 2006 definiu o parâmetro que caracteriza situação de iminente perigo à saúde pública pela presença

do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*; se for constatada em 1% (um por cento) ou mais dos imóveis do município, da localidade, do bairro ou do distrito, através da aferição do índice de infestação predial, realizada pelo agente de saúde por meio de levantamento amostral, pesquisa dos criadouros e coleta de larvas. Tal Portaria atribui ainda, ao gestor do Sistema Único de Saúde responsável pela execução das ações de campo de combate ao vetor transmissor da Dengue intensificar as ações preconizadas pelo no Programa Nacional de Controle da Dengue, em especial a realização das visitas domiciliares para eliminação do mosquito e de seus criadouros em todos os imóveis da área aferida, bem como a mobilização social para as ações preventivas.

Em 2007 foi criada outra Portaria, a de n. 335, de 12 de fevereiro de 2007, que institui Grupo Executivo, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de acompanhar e propor as medidas necessárias para a efetiva implementação das ações do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD, visando a sua prevenção e controle em todo o território nacional mediante as seguintes considerações.

Houveram assim avanços alcançados no controle do *Aedes aegypti* com a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue; reconhecimento da relevância das ações de educação em saúde e mobilização social, que permeiam todas as áreas da saúde, no combate ao mosquito transmissor da dengue; apontamento da necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de controle, gestão e operação das ações de campo no combate ao vetor; reconhecimento que a complexidade do processo requer um esforço integrado dos vários campos de atuação do setor saúde, sendo necessário integrar as ações de controle da dengue inerentes a cada unidade/órgão subordinados e vinculados do Ministério da Saúde.

A Portaria n. 2.144 de 10 de outubro de 2008 instituiu o Grupo Executivo Interministerial, visando implementar, dentro de cada área de atuação, ações de prevenção e controle da dengue e atenção ao paciente, composto pela articulação dos seguintes órgãos: Ministério da Saúde (coordenador); Casa Civil da Presidência da República; Secretaria de Comunicação Social; Ministério das Cidades; Ministério da Defesa; Ministério da Educação; Ministério da Integração Nacional; Ministério da Justiça; Ministério do Meio Ambiente e Ministério do Turismo.

O Ministério da Saúde disponibiliza, através do sítio eletrônico (<http://portal.saude.gov.br/portal/saude>), materiais didáticos e manuais relacionados ao PNCD, com acesso a toda a população. Esses materiais foram desenvolvidos com o objetivo de capacitar e orientar os profissionais de saúde quanto às normas e recomendações do

programa para as diversas atividades que envolvem a prevenção e o controle da dengue. Disponibiliza ainda, dois manuais, sendo um de normas técnicas, visando padronizar as atividades de controle, e outro que tem o objetivo de descrever o como é feito o diagnóstico rápido nos municípios para vigilância entomológica do *Aedes aegypti* no Brasil, através do Levantamento do Índice Rápido de Infestação por *Aedes aegypti* – LIRAA.

Para a área de vigilância epidemiológica e assistência ao paciente com dengue, há dois tipos de material didático: os manuais e os roteiros de capacitação, que padronizam todos os conceitos e orienta a conduta de vigilância epidemiológica. Há ainda um roteiro de capacitação que padroniza a conduta do médico e de enfermagem no manejo do paciente com dengue, visando uma preparação do sistema de saúde para responder adequadamente e, se necessário, enfrentar uma epidemia, fato tão importante quanto evitar a transmissão da doença. Isso significa que o paciente com dengue deve receber tratamento individualizado dentro de um sistema de saúde com profissionais capacitados.

A atual realidade não permite avaliar esta organização dos serviços de saúde, dos centros de atenção primária e dos hospitais de maior complexidade como exemplar no atendimento aos pacientes com dengue, apesar dos esforços empregados e dos materiais e tecnologias disponibilizados. Há ainda o elemento da divulgação desta organização da rede de serviços de saúde, que faz destes serviços um importante espaço de participação e mobilização para além do combate ao vetor, no tratamento precoce e oportuno para a redução da letalidade.

2.3.7 O controle integrado dos vetores de dengue

De acordo com o Programa Nacional de Controle da Dengue, o controle da transmissão do vírus da dengue se dá essencialmente no âmbito coletivo e exige um esforço de toda a sociedade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

A Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, no art. 6º §1º, conceitua a vigilância sanitária como um conjunto de ações capaz de eliminar, diminuir ou prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo:

I - o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionem com a saúde, compreendidas todas as etapas e processos, da produção ao consumo;

II - o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com a saúde.

Combater a dengue não é uma tarefa fácil. Chuva e calor favorecem o aparecimento do mosquito transmissor da dengue. Por isso, é necessária a ajuda de todos para eliminar e evitar os focos do mosquito e não deixar que ocorram epidemias de dengue no Brasil.

Logo, enquanto não houver uma vacina para o vírus da dengue, a única forma de prevenção existente consiste no controle do mosquito transmissor, metodologia que vem sendo adotada há mais de um século. Primeiro se tem as campanhas bem sucedidas dos higienistas Emilio Ribas e Oswaldo Cruz no início do século XX e depois pela implantação de plano de erradicação no continente americano que culminou com a eliminação do vetor do território brasileiro em 1958.

A partir da década de 80 há a reinfestação de várias municipalidades do Brasil, despontando a dengue como uma doença emergente. Esse processo de infestação aconteceu num panorama socioeconômico e bioecológico diferentes do ocorrido no passado, sendo influenciada por fatores como:

- Elevada densidade demográfica nas cidades, aumentando o custo da visita domiciliar realizada pelo agente;
 - Maior eficiência dos meios de transporte, facilitando a dispersão do vetor de uma localidade para outra;
 - Maior produção industrial de materiais descartáveis, aumentando a oferta de criadouros do mosquito transmissor;
 - Participação da mulher no mercado de trabalho e especulação imobiliária, dificultando o acesso dos agentes nos imóveis;
 - Surgimento da resistência do vetor a vários inseticidas utilizados no combate.
- (SUPERINTENDÊNCIA DO CONTROLE DE ENDEMIAS – SES, 1997).

Esses fatores contribuíram para o fracasso dessa metodologia de combate ao vetor, exigindo uma nova adequação nas suas estratégias, a fim de manter a sustentabilidade dos atuais programas de prevenção a dengue, sendo abandonado à teoria de erradicação para adotar o conceito de controle integrado, a fim de propor medidas mais adequadas na solução desses problemas (SES, 1997).

A Vigilância Sanitária (VISA) tem um papel importante no controle da dengue. As ações de controle perpassam o domicílio e devem ser adotadas no comércio, indústria,

repartições públicas, escolas, hospitais, igrejas, dentre outros. A incorporação destas ações na rotina de trabalho de vigilância.

Neste contexto, é atribuição da Vigilância Sanitária a intervenção nos ambientes propícios à proliferação do vetor *Aedes aegypti*, de forma a eliminar ou minimizar possíveis fatores de risco. Para que a Vigilância Sanitária desenvolva ações voltadas ao controle da dengue, de forma integrada e articulada, conforme preconiza o PNCD, é importante que atue junto aos comitês e/ou grupos de trabalho.

Além disso, é importante ressaltar que a articulação de projetos de investigação transdisciplinares envolvendo antropólogos, sociólogos, educadores, epidemiologistas, entomologistas, dentre outros profissionais, pode vir a contribuir para o desenvolvimento de estratégias capazes de imprimir impacto sobre a ocorrência das infecções produzidas pelo vírus da dengue.

Cumprindo seu papel, as esferas de governo desenvolvem seus estudos e pesquisas buscando o alcance e até o entendimento das metas do PNCD. Assim, a Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo – SP desenvolve um programa de controle de dengue e neste sugere atividades compartilhadas e integradas, conforme o Quadro 1 abaixo:

Quadro 1 – Atividades integradas propostas pelo PNCD.

ATIVIDADES	MUNICIPAL	ESTADUAL	FEDERAL
ROTINEIRAS	<p>Visita a imóveis residenciais para eliminação de criadouros e orientação à população</p> <p>Avaliação de Densidade Larvária em amostra de Imóveis</p> <p>Pesquisa em Imóveis Especiais</p> <p>Pesquisa em Pontos Estratégicos</p> <p>Divulgação no âmbito municipal e encaminhamento de Informações ao nível Estadual</p> <p>Estruturação de</p>	<p>Monitoramento de susceptibilidade dos vetores ao inseticida</p> <p>Divulgação no âmbito estadual e encaminhamento de Informações ao nível Federal</p> <p>Pesquisa de larvas e alados em amostra de Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais</p> <p>Avaliação de Densidade Larvária em amostra de Imóveis segundo município e segundo região</p> <p>Atuação suplementar quando da insuficiência do nível municipal</p> <p>Definição de normas no âmbito estadual, em conformidade com o nível federal</p> <p>Definição de campanhas e Agenda Estadual</p>	<p>Divulgação das informações no âmbito Nacional</p> <p>Definição de campanhas e Agenda de alcance nacional</p> <p>Supervisão aos níveis Estaduais e Municipais</p> <p>Repasse de insumos para o controle químico (inseticidas e solventes)</p> <p>Definição de Normatização das atividades de controle</p>

EMERGENCIAIS	Comitê Municipal de Combate à Dengue	Supervisão ao nível municipal	
	Elaboração de Plano Municipal de Contingência da Dengue		
	Notificação de casos de dengue	Notificação de casos de dengue	
	Busca ativa de casos em área de suspeita de transmissão	Atividades de bloqueio de forma suplementar aos municípios, em área com suspeita de transmissão	
	Atividades de bloqueio em área com suspeita de transmissão	Realização de exames laboratoriais para diagnóstico, até incidência definida para o local	

Fonte: SUCEN, 2009.

Fatores como a elevada densidade demográfica nas cidades, aumentando o custo da visita domiciliar realizada pelo agente; a maior eficiência dos meios de transporte, facilitando a dispersão do vetor de uma localidade para outra; maior produção industrial de materiais descartáveis, aumentando a oferta de criadouros do mosquito transmissor; a participação da mulher no mercado de trabalho e especulação imobiliária, dificultando o acesso dos agentes nos imóveis; e o surgimento da resistência do vetor a vários inseticidas utilizados no combate, é o cenário que contribuiu para que a metodologia de combate ao vetor que fora adota no Brasil a partir da década de oitenta, fosse repensada, haja vista a reinfestação de vários municípios, exigiu uma adequação de estratégias que estavam sendo trabalhadas até então (SUCEN, 2009).

Sugere-se aí o controle integrado dos vetores de dengue. O significado do termo controle integrado vai além do conhecimento das medidas intervencionistas, pois incorpora a noção de manejo que consiste na maneira pela qual será manipulado o conhecimento sobre a supressão do vetor. Basicamente, em relação ao vetor *Aedes aegypti*, procura-se associar várias ações que apresentam a capacidade de agir na redução da infestação do mosquito transmissor, sendo definido de acordo com o diagrama em:

- **Controle ambiental:** consiste em medidas de ordenamento do meio capazes de eliminar o criadouro, através da modificação ou manipulação dos recipientes potenciais nos imóveis ou através de medidas de engenharia sanitária.

- **Controle social:** é uma das táticas mais importantes para o sucesso do programa, pois permitem viabilizar o controle frente às dificuldades operacionais na execução das atividades, fazendo a população adotar as medidas preconizadas de controle do vetor.

Devido sua importância esse tema é abordado em um capítulo a parte que destaca as medidas de mobilização social.

- **Controle químico:** medidas de importância em situações de emergências (áreas com transmissão de dengue), devido à ação rápida do produto na população do inseto. O uso desse tipo de controle deve ser restrito devido sua ação temporária e a necessidade de retardar o aparecimento de resistência ao produto químico.

- **Controle biológico:** Entre os animais predadores e/ou parasitas os que mostraram viabilidade técnica de controle estão os peixes larvófagos, as bactérias e os hormônios reguladores de crescimento (SUCEN, 2009).

Vale ressaltar que a configuração de infrações à legislação sanitária e o estabelecimento das sanções respectivas estão amparadas pela Lei 6437, de 20 de agosto de 1977. No que diz respeito às doenças transmissíveis a referida lei prevê:

“Art. 10 - São infrações sanitárias:

VII – impedir ou dificultar a aplicação de medidas sanitárias relativas às doenças transmissíveis e ao sacrifício de animais domésticos considerados perigosos pelas autoridades sanitárias: pena – advertência e/ou multa;

...

VIII – reter atestado de vacinação obrigatória, deixar de executar, dificultar ou opor-se à execução de medidas sanitárias que visem à prevenção das doenças transmissíveis e sua disseminação, à preservação e à manutenção da saúde: pena – advertência, interdição, cancelamento de licença ou autorização e/ou multa;

...

XXIV – inobservância das exigências sanitárias relativas a imóveis, pelos seus proprietários, ou por quem detenha legalmente a sua posse: pena – advertência, interdição, e/ou multa.

Nesta perspectiva, há cada vez mais a necessidade de se desenvolverem estudos controlados de intervenção que aliem métodos qualitativos a quantitativos, desenhados de forma a se avaliar a adesão e mudanças de comportamentos, além do impacto entomológico e epidemiológico. Tais estudos, ao lado de ações de combate direto ao vetor de acordo com as bases técnicas científicas disponíveis (saneamento ambiental, eliminação química, física e biológica etc.), devem sempre incluir inovações nas abordagens a fim de conjugar esforços sociais e públicos no combate e controle da dengue.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

O presente estudo propõe uma linha de pesquisa baseada no método comparativo, que tem sido empregado das mais diversas maneiras no campo das ciências sociais. Os distintos usos da comparação refletem diferentes posições acerca das relações existentes entre as teorias gerais e as explicações locais, os quadros conceituais e as técnicas de pesquisa, a formulação de hipóteses e sua validação.

Assim, tendo como teoria geral uma política pública de Promoção da Saúde, que é o Plano Nacional de Combate à dengue, este estudo busca analisar as interligações que se fizeram entre este e os planos, ações e iniciativas de dois municípios limítrofes do interior paulista, que apresentam uma evolução diferenciada da doença, a fim de estabelecer uma comparação, sendo que para Schneider e Schimitt (1998), a comparação é um requisito fundamental em termos de objetividade científica, principalmente no que se refere às ciências sociais, pois permite romper com a singularidade dos eventos e sendo capaz de explicar o social. Nesse sentido, a comparação aparece como sendo inerente a qualquer pesquisa no campo das ciências sociais, esteja ela direcionada para a compreensão de um evento singular ou voltada para o estudo de uma série de casos previamente escolhidos.

Bloch (1983 *apud* Targa, 1991) assinala que a comparação consiste em fazer a escolha, em um ou mais meios sociais diferentes, de dois ou mais fenômenos que pareçam, à primeira vista, apresentar entre si certas analogias, descrever as curvas de suas evoluções, constatar as semelhanças e as diferenças e, dentro do possível, explicá-las adequadamente. Acrescenta também que duas condições são necessárias para haver comparação em história: "(...) uma certa similitude entre os fatos observados e uma certa dessemelhança entre os meios onde eles foram produzidos" (1983, p. 17 *apud* Targa, 1991).

O uso da comparação, enquanto perspectiva de análise do social possui uma série de implicações situadas no plano epistemológico, sendo assim o método mais adequado aos objetivos do presente estudo, uma vez que se pretendeu analisar fenômenos sócio-

epidemiológicos e suas interferências na delimitação da política pública na qual o enfrentamento da dengue foi tratado.

Neste sentido, buscou-se em Morin (1977) e em sua tese da análise sistêmica para os diversos fenômenos da natureza, não analisar os fenômenos de forma isolada uns dos outros e sim nas suas inter-relações, pois há uma complexidade organizada entre os elementos de diversas ordens que interferem no tratamento do assunto proposto.

Com o objetivo de analisar comparativamente programas de combate e controle de dengue, o estudo teve como referência primária as diretrizes de Promoção da Saúde, em sua dimensão como política pública preconizada no Programa Nacional de Controle da Dengue. Em escala local foram elencados os municípios paulistas de Araraquara e São Carlos, com a limitação temporal de 2006 a 2010, no tocante às ações, planos, estratégias e programas que, mediante os componentes do PNCD, cada municipalidade elencou como estratégia combativa e de controle mediante os números de casos apresentados pela doença. Para cada município houve a busca de informações nos órgãos de Vigilância Sanitária e Epidemiológica, visando obter dados para os fins propostos no estudo.

O levantamento bibliográfico foi uma técnica amplamente utilizada, com a finalidade de trazer fundamentos teóricos, fornecendo estes, suporte para a problemática sugerida, contextualizando-a e buscando fornecer uma visão de seu estado atual. Nesse item foi realizada uma ampla pesquisa em artigos, dissertações, livros, teses, periódicos, documentos oficiais, planos, programas, ações e secretarias nacionais, estaduais e municipais envolvidos no combate à dengue, como também as publicações fornecidas pelas instituições, organogramas, convênios, cartilhas e boletins informativos para o desenvolvimento da análise teórica definida no trabalho.

3.2 Caracterização do campo de estudo

O campo do estudo elencado para compor a análise comparativa proposta foram os municípios limítrofes do interior do Estado de São Paulo, Araraquara e São Carlos.

O município de Araraquara está localizado no interior do Estado e, juntamente com São Carlos e outras 25 cidades, integra a Região Administrativa Central, compreendendo uma população, em 2010, de 208.725 habitantes, sendo assim a 17ª cidade do interior paulista em número de habitantes residentes em uma área total de 1.006 km², sendo 77,37 km² de área urbana. Destes, aproximadamente 39 km² são relativos à área urbana consolidada (IBGE,

2011). A vegetação primária do município era de floresta latifoliada tropical que apresentava diversas espécies como a peroba, o pau d'alho, a figueira branca, vegetação característica das áreas de solos latossolo roxo. Também registra a presença do cerrado em grande parte do município. Conhecida como "Morada do Sol", é considerada uma das cidades mais arborizadas do país, com 34,2 m² de área verde por habitante. São cerca de 90 mil árvores que ornamentam as vias públicas e 105 praças da cidade. Araraquara possui um clima tropical de altitude, caracterizado por duas estações bem definidas: um verão com temperaturas altas (média de 31°C) e pluviosidade elevada, com média de 150 mm de variação pluviométrica, sendo um inverno de temperaturas amenas e pluviosidade reduzida. (IBGE, 2011).

O município de São Carlos está localizado no interior do Estado de São Paulo, próximo de seu centro geográfico e a uma distância rodoviária de 231 km da capital paulista e, juntamente com Araraquara e outras 25 cidades, integra a Região Administrativa Central do estado, compreendendo uma população de cerca de um milhão de habitantes (IBGE, 2011).

De acordo com o IBGE (2011), São Carlos possui uma população recenseada em 221.936 habitantes, distribuídos em uma área total de 1.141 km², é a 13.^a maior cidade do interior do estado em número de residentes. A cidade é um importante centro regional industrial, com a economia fundamentada em atividades industriais e na agropecuária, principalmente na produção de cana-de-açúcar, laranja, leite e frango, além de ser considerada parque tecnológico e educacional do estado. A vegetação do município é a floresta tropical, representada, principalmente, pelas matas ciliares. O clima, por sua vez, é tropical de altitude com inverno seco e com temperatura média mínima de 15,3° e máxima de 27,0°. A variação pluviométrica apresenta uma média anual de 1.512 mm.(IBGE, 2011).

3.3 Coleta de dados

Os dados trabalhados foram colhidos na perspectiva de iniciar o trabalho de entendimento dos processos de implementação das políticas públicas de Promoção da Saúde visando o combate ao vetor da dengue, através dos sítios eletrônicos de órgãos oficiais das unidades federais, estaduais e municipais de vigilância sanitária que compõem o Sistema Nacional de Vigilância Sanitária (SNVS), tomados como os órgãos centrais e irradiadores das ações de combate à dengue.

Fazem parte desse sistema o Ministério da Saúde, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), o Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde (CONASS), o

Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), os Centros de Vigilância Sanitária Estaduais, do Distrito Federal e Municipais, os Laboratórios Centrais de Saúde Pública (LACENS), o Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), e os Conselhos Estaduais, Distrital e Municipais de Saúde, em relação às ações de vigilância sanitária.

Em seguida foi realizado o refinamento dos dados a fim de se obter uma base de dados própria com dados padronizados e pertinentes à pesquisa. O período de referência para a análise comparativa deste estudo foram os anos de 2006 a 2010, período em que, conforme dados anteriormente discutidos, os municípios de São Carlos e Araraquara, no interior de São Paulo apresentaram epidemia de dengue, levando em conta, para o estudo, somente as notificações de casos autóctones.

Para a análise de dados foi utilizada a classificação dos indicadores de saúde sugeridos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dentre as etapas de análise de dados foi tomada como primeira etapa a identificação dos dados e informações já existentes, tais como os dados coletados e disponíveis nos sítios eletrônicos oficiais da Organização Mundial da Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde, do Ministério da Saúde, da Fundação Nacional da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, do Governo do Estado de São Paulo, da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo, da Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo, das Prefeituras Municipais de Araraquara e São Carlos, dentre outros interligados.

Concomitantemente foi feita a análise dos planos, comparando com parâmetros baseados em uma situação inicial que se quer modificar e/ou analisar; no objetivo da avaliação, no conhecimento científico prévio, que pode ser definido como um padrão técnico identificado na literatura e ajustado ao contexto local. Especificamente em relação aos dados utilizados, é crucial ressaltar que foram utilizados para análise somente os casos autóctones, que são os casos contraídos pelo indivíduo na zona de sua residência e que posteriormente foram confirmados pelo Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo.

O tratamento dos dados na investigação e avaliação foi feito no sentido de analisar o estabelecimento de políticas públicas de combate à dengue, considerando os entraves e as potencialidades institucionais e organizacionais e a eficácia das ações de combate e controle da doença, buscando fomentar as estratégias de operacionalização dos planos, sejam eles municipais, estaduais ou nacionais.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Mediante as conceituações, planos e diretrizes expostas neste trabalho, discussão principal reside no repensar os planos de controle e combate a dengue no âmbito de política pública de Promoção da Saúde. Os desafios encontrados neste processo de implementação de uma política pública prescinde abordagens multidisciplinares e ecossistêmicas, traz a necessidade de descentralização dos programas e serviços de saúde com um grande desafio, que é a aproximação dos conhecimentos científicos em ações e a efetivação destas ações por parte da governança, mas também por parte da comunidade em geral.

Hoje a dengue no Brasil se apresenta como uma doença com característica sazonal, que se concentra em períodos semelhantes todos os anos. Conforme dados do Ministério da Saúde, cerca de 70% dos casos ocorrem entre janeiro e maio. Há a peculiaridade de regiões como no Norte e Nordeste que em virtude das chuvas ocorrerem tardiamente, entre março e junho, este se apresenta como o período com maior número de casos nestas regiões. Estes dados não permitem conclusões precipitadas de que a preocupação com a doença possa também ser sazonal. Importante aqui é o papel dos poderes públicos em manter ações e campanhas permanentes e de longo prazo, de mobilização da população em geral, prioritariamente esclarecendo que pode haver transmissão fora de períodos chuvosos e de que a fase de vigilância é crucial para o sucesso do controle da doença. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Como ainda não se dispõe de vacina contra o vírus, as ações preventivas que antecedem a sua introdução em uma região ou mesmo quando a circulação de um ou mais de seus quatro sorotipos já fora encontrada na localidade, encontram-se desafios de diversas ordens, relacionadas à complexidade epidemiológica da dengue, tais como dificuldades técnico-científicas e operacionais. (TEIXEIRA, *et al.* 1999).

O PNCD, como um programa de controle foi um avanço no sentido da prevenção da doença em detrimento a programas e planos anteriores que adotavam basicamente estratégias de erradicação do vetor. O Programa Nacional de Controle da Dengue, implantado pelo Ministério da Saúde em 2002, cujo cenário epidemiológico da época era o de uma grande epidemia, trouxe ações diferenciadas do PEAA, destacando a necessidade de desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelas três esferas governamentais, delimitando responsabilidades e parâmetros para que os planos estaduais e municipais seguissem a mesma lógica de organização. Visando potencializar os resultados positivos no controle da doença, estabeleceu que os municípios fossem responsáveis pelo desenvolvimento das atividades de controle da dengue locais. Para isso, elaborou metas a serem cumpridas, como a constituição de equipes municipais específicas para o controle do vetor do dengue e as visitas sistemáticas a todos os imóveis dos municípios infestados (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2002).

O Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) caracteriza as áreas do país de acordo com seguintes estratos:

- **Áreas de baixa incidência:** regiões, estados ou municípios com taxa de incidência menor que 100 casos por 100.000 habitantes.
- **Áreas de média incidência:** regiões, estados ou municípios com taxa de incidência com intervalo entre 100 a 300 casos por 100.000 habitantes.
- **Áreas de alta incidência:** regiões, estados ou municípios com taxa de incidência maior que 300 casos por 100.000 habitantes.

Uma forma de coletar e organizar os dados da dengue é o Levantamento Rápido do Índice de Infestação por *Aedes aegypti* (LIRAA), organizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelo Ministério da Saúde. Os resultados do LIRAA são transformados em ações adicionais às cidades que estão em situação de alerta ou risco. É uma metodologia utilizada para identificar os criadouros predominantes e a situação de infestação dos municípios. Participam capitais e cidades de regiões metropolitanas; municípios com mais de 100 mil habitantes, de fronteira ou com grande fluxo de turistas. O município é dividido em grupos (ou estratos) de 9 mil a 12 mil imóveis com características semelhantes. Em cada grupo, os agentes de saúde visitam cerca de 450 casas, lotes baldios, estabelecimentos comerciais e prédios públicos. Os estratos em que menos de 1% dos imóveis apresentam infestação por larvas do *Aedes aegypti* são considerados em condições satisfatórias. Os grupos com índice de

infestação predial de 1% a 3,9% estão em situação de alerta; e com índice superior a 4% apresentam risco de surto de dengue (PORTAL DA SAÚDE, 2011).

Mediante a grande extensão territorial brasileira, as cinco grandes regiões apresentam suas semelhanças e peculiaridades em relação a clima, regime de chuvas, ocupação urbana, o que ressalta a necessidade de que um assunto como a dengue seja tratado através da regionalização das estratégias. No Norte e Nordeste, o problema com os criadouros diretamente ligados ao abastecimento de água é muito maior, comparativamente a outras regiões brasileiras. No Sudeste e no Sul, temos os depósitos domiciliares como os criadouros predominantes. Já no Centro Oeste, predomina o lixo. Estes números do LIRAA ressaltam as necessidades brasileiras, onde, segundo o PNAD/IBGE, 2009, as deficiências no saneamento básico e manejo de resíduos sólidos tem o seguinte panorama:

- 8,1% dos domicílios no Brasil não contam com rede geral de água;
- 23% dos municípios têm problemas relacionados a racionamento de água
- Mais de 10 milhões de domicílios não têm coleta regular de lixo. (PNAD/IBGE – 2009).

Tabela 09 - Criadouros predominantes nas capitais das regiões - LIRAA 2010

Capitais/Região	Abastecimento de água (caixas d'água, tambores, tonéis, poços, etc.)	Depósitos domiciliares (vasos e pratos de plantas, ralos, lajes, piscinas, etc.)	Lixo (resíduos sólidos)
Norte	48,8%	22,6%	28,6%
Nordeste	72,0%	19,3%	8,7%
Sudeste	22,3%	51,8%	25,9%
Centro Oeste	26,7%	34,6%	38,7%
Sul	0,0%	75,0%	25,0%

Fonte: PNAD/IBGE, 2009

Os estudos epidemiológicos de dengue permeiam a análise de quatro grandes componentes, conforme Augusto *et al.* (2005), que são os sorotipos, os hospedeiros, os vetores e os socioambientais. Assim, abordagens interdisciplinares podem trazer importante colaboração para a formatação de estratégias de prevenção e controle da doença. Mediante esta abordagem, desponta o papel da vigilância entomológica no estudo de processos ecológicos, epidemiológicos, climáticos e sociais, considerando o homem um elo obrigatório e contribuindo com a análise dos fatores de risco e predição de epidemias.

A vigilância entomológica vem definir os métodos a serem utilizados para obter amostras e estudá-las. Aqui, surgem as medidas de infestação por cidade pelo *Aedes aegypti*, o

índice predial e o índice de Breteau, como bons indicadores operacionais. O índice predial é importante para conhecimento dos tipos de recipientes criadouros do *Aedes*. (AUGUSTO, *et al.*, 2005)

O índice de Breteau é visto como boa ferramenta no direcionamento de ações preventivas e combativas. É obtido aferindo o grau de infestação do *Aedes aegypti* nas residências. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o índice considerado de risco para epidemia é de 1,0. Trata-se de um cálculo que determina a quantidade de larvas existentes na área em estudo, permitindo apontar o número de criadouros em cada 100 imóveis. Nos casos de epidemia o índice é usado para trabalhar sobre os criadouros, buscando eliminá-los. Antes de surgirem casos da doença, as análises sobre os índices permitem definir ações direcionadas aos criadouros de larvas do mosquito transmissor, no sentido de regionalizar ações, podendo em um mesmo município, dois bairros necessitarem de ações diferenciadas devido ao índice apresentado. A interpretação destes dados não tem sido fácil e por esta razão são tidos como bons indicadores operacionais, mas não para fins de conhecimento do risco de transmissão da epidemiologia da doença. (AUGUSTO, *et al.*, 2005).

Enfocando historicamente a dengue na região Sudeste, especificamente no Estado de São Paulo, após a erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil, o vetor foi reencontrado em 1985, e em 1990/1991 ocorreu a primeira grande epidemia de dengue com início em Ribeirão Preto e que rapidamente se expandiu para municípios vizinhos e outras regiões. Até então as atividades de vigilância e controle do vetor eram executadas pelos funcionários da Superintendência de Controle de Endemias. A participação dos municípios no controle da dengue iniciou-se, no Estado de São Paulo, com a implantação do Plano de Emergência para o Controle dos Vetores do Dengue e Febre Amarela no verão de 1991/1992. Esse plano realizou o repasse de verbas para que os municípios constituíssem equipes compostas por agentes de controle de vetores para a realização de controle de criadouros. (SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS, 1991; SES, 2008).

Em 2004, o artigo 1º da Resolução Estadual SS 59/2004 incluiu a dengue na lista de Doenças de Notificação Compulsória no Estado de São Paulo, considerando a portaria 2.325/2003 do Ministério da Saúde. A partir daí tornou-se obrigatório o registro de casos suspeitos ou confirmados da doença, em relatórios diários e semanais constituindo, desse modo, um instrumento importante no conhecimento e combate à doença (SECRETARIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA – SVE, 2010).

A partir de 1995, as epidemias de dengue vêm sendo registradas no Estado, conforme mostra o Gráfico 1, referente ao número de casos de dengue no Estado de São Paulo entre 1995 e 2010.

Notamos através do gráfico abaixo os ciclos apresentados pela doença, que apresenta diferenciações ano a ano, mas que traz uma característica interessante ao apresentar mais altos e mais baixos números de casos em ciclos de dois em dois anos.

Gráfico 1 – Número de casos de dengue no estado de São Paulo (1995 - 2010).

Fonte: CVE/SP, 2010.

No Estado de São Paulo, registraram-se, em 2007, uma das mais elevadas incidências da doença desde o início da transmissão no Estado, sendo de 219,8/100 mil habitantes. Além do aumento no número de casos e das complicações envolvendo a forma hemorrágica da doença, merece destaque a expansão das áreas geográficas de transmissão que, nos anos de 2006 e 2007, passou de 254 para 369 municípios (CVE, 2008).

Segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde (2011), em 2006 o Estado de São de Paulo confirmou 53.714, tendo ocorrido o maior número de casos em:

- São José do Rio Preto com 12.633 (24%),
- Ribeirão Preto com 4.576 (8%), e
- Praia Grande com 3.653 (7%).

Em 2007, o Estado de São Paulo apresentou o maior número de casos do país, sendo 82.912 casos confirmados, dos quais foram confirmados:

- 12% (9334 casos) no município de São José do Rio Preto,
- 6% (5.159 casos) em Birigui, e
- 6% (4.722 casos) em Campinas.

No ano de 2008, somente até o mês de abril o Estado de São Paulo apresentou 1.603 casos confirmados, sendo que foram confirmados:

- 468 (29,2%) em Araraquara,
- 200 (12,5%) em Ribeirão Preto e
- 174 (10,9%) em Moji-Guaçu.

Em 2009 foram confirmados 7.960 casos, com incidência de 19,2 casos por 100.000 habitantes (SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, 2011).

Diante do número de casos de dengue no Estado de São Paulo, os municípios de Araraquara e São Carlos, respectivamente, apresentam os números de casos autóctones de dengue, conforme a Tabela 10 e segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do Estado de São Paulo.

Tabela 10 – Paralelo entre os casos de dengue em Araraquara e São Carlos.

Ano	Araraquara	São Carlos
1995	40	-
1996	-	-
1997	-	07
1998	11	-
1999	49	02
2000	10	03
2001	196	29
2002	03	16
2003	02	06
2004	02	-
2005	05	03
2006	24	06
2007	305	31
2008	1.181	10
2009	28	06
2010	1.283	194

Fonte: CVE/SP, 2010.

De acordo com o Ministério da Saúde (2008) é considerada epidemia da doença a partir do momento em que são registrados 300 casos por 100 mil habitantes. De acordo com os dados do Centro de Vigilância Epidemiológica (CVE) do Estado de São Paulo Araraquara encaixa-se na situação de epidemia, já que possui cerca de 200 mil habitantes, o número de casos chegou a 311,5 para cada grupo de 100 mil habitantes no ano de 2008, enquanto que São Carlos, com população aproximada de 220 mil habitantes não chega a apresentar número tão significativo de casos em comparação a Araraquara no ano de 2008, não apresentando situação epidêmica.

Fazendo parte da mesma microregião do Estado de São Paulo, Araraquara e São Carlos são equivalentes no que se refere à vegetação predominante, que é a floresta tropical/cerrado e à proximidade entre o número de habitantes, sendo a população de Araraquara da ordem de 208.725 mil habitantes e a de São Carlos de 221.936 mil habitantes.

O clima nos dois municípios é o tropical de altitude. Araraquara possui um clima tropical de altitude, caracterizado por duas estações bem definidas: um verão com temperaturas altas (média de 31°C) e pluviosidade elevada, com média de 150 mm de variação pluviométrica, sendo um inverno de temperaturas amenas e pluviosidade reduzida. Em São Carlos o tropical de altitude apresenta-se com inverno seco e com temperatura média mínima de 15,3° e máxima de 27,0°. A variação pluviométrica apresenta uma média anual de 1.512 mm (IBGE, 2011).

Analisando os dados de introdução do vírus nas cidades, em meados de 1995, Araraquara apresentou 40 casos, enquanto que em São Carlos temos números de casos registrados dois anos mais tarde, em 1997. Com um aumento significativo do número de casos autóctones (transmissão local da doença) nos anos de 2006 a 2010, os números apresentados chamam a atenção para o expressivo aumento dos casos nos anos de 2006 para 2008, ano em que a cidade de Araraquara viveu uma epidemia com 1.181 casos registrados. São Carlos, por sua vez, apresentou pequena variação de casos, apresentando 10 casos em 2008, conforme a Tabela 10.

De acordo com os dados até o momento apresentados e segundo o Centro de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, através do acompanhamento semestral (semanas 1 a 26, 1º semestre) e (semanas 27 a 53, 2º semestre), os dados de evolução da doença demonstram a manutenção do padrão de sazonalidade da dengue no Brasil, que acompanha a estação chuvosa (verão). Tal afirmação é justificada pelo fato de que a estação chuvosa acontece entre os meses de dezembro a maio, acumulando, segundo dados do Instituto Nacional de Pesquisas Espaciais (INPE), os maiores índices de chuva e calor (entre 15 e 40°C), o que facilita a reprodução do mosquito *Aedes aegypti* e a transmissão da doença.

As chuvas de verão são verdadeiras aliadas do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*. Com elas, se multiplicam os ambientes ideais para a reprodução do mosquito, e os índices de infestação da doença costumam aumentar, atingindo o que os médicos chamam de picos epidêmicos da doença, ocorridos, principalmente, nos meses de abril e maio. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Segundo o Ministério da Saúde (2010), a dengue no Brasil costumava ocorrer somente durante o verão, reduzindo-se quase a zero no inverno. Desde 2005, os níveis de infestação têm se elevado mesmo nos meses de inverno, agravando o risco de novas epidemias. Os invernos atípicos dos últimos anos, com temperaturas elevadas e umidade do ar acima da média, pelas chuvas freqüentes nas regiões Sul e Sudeste, contribuem para um risco maior de epidemia da doença. Cerca de setenta por cento dos casos de dengue ocorrem de janeiro a

maio. Contudo, nas áreas de litoral, as chuvas e as altas temperaturas são freqüentes, o que favorece a multiplicação do mosquito da dengue.

Nesse sentido, conforme já discutido e reforçado por Araújo, *et al.*(2008) e Teixeira *et al.* (2005), um dos pontos mais relevantes para a epidemiologia da dengue é o monitoramento do clima, uma vez que este tem influência na distribuição e abundância do *Aedes aegypti*.

De acordo com Câmara *et al.* (2007), as epidemias de dengue incidem nos meses mais quentes do ano, período do clímax reprodutivo do *Aedes Aegypti*. A taxa de metabolismo do vetor aumenta nos meses quentes, abreviando seu ciclo evolutivo em até oito dias, ou prolongando-o até 22 dias nos meses frios. Também a replicação e maturação do vírus no inseto (período extrínseco) são aceleradas com o aumento da temperatura.

De acordo com Glasser e Gomes (2001), são múltiplos os fatores envolvidos na dispersão de culicídeos domiciliados. A expansão geográfica de populações de *Aedes aegypti* sofre influência de fatores ambientais e sociais, entre os quais o clima, a densidade demográfica e a atividade econômica. Em relato, Mondini *et al.* (2005) afirmam que foi caracterizado o processo de infestação das várias regiões do Estado de São Paulo de formas diferenciadas em relação a densidade demográfica e a atividade econômica. Observou-se então que, na macrorregião com maior densidade demográfica e importância econômica, a velocidade de expansão geográfica de *Aedes aegypti* foi menor, ao contrário de observações em muitos outros países. Entretanto, quando se analisou o comportamento dessa espécie dentro de cada macrorregião, observou-se que o processo de infestação deu-se mais rapidamente nas áreas com maior densidade demográfica, e os municípios mais populosos foram geralmente os primeiros a ser infestados.

Outro fator climático importante na abundância de *Aedes aegypti* é a precipitação pluviométrica, a qual influi principalmente na densidade de criadouros devido ao aumento de recipientes artificiais e naturais com acúmulo de água no extra domicílio, nos períodos e locais com mais freqüência e intensidade de chuva.

Assim, diante dos panoramas de fatores ambientais, do aumento dos números de casos autóctones de dengue no Brasil, em São Paulo e nas municipalidades, mediante as diretrizes no PNCD, do Ministério da Saúde e juntamente com as orientações técnicas da SUCEN da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, os poderes públicos, através das Secretarias Municipais de Vigilância Epidemiológica de Araraquara e São Carlos adotaram medidas com o objetivo de combater e controlar a dengue.

Dessa maneira, seguindo as diretrizes da Promoção da Saúde e de acordo com os números da epidemia de dengue apresentados no período de 2006 a 2010, o município de Araraquara promoveu um empenho global no combate à dengue no município, com várias frentes de trabalho numa força tarefa envolvendo equipes do município, do estado e do governo federal com equipamentos e pessoal, o que resultou na diminuição dos casos em 2009. O Quadro 2 traz as ações do Combate a Dengue da Prefeitura Municipal de Araraquara.

Quadro 2 – Ações do Combate a Dengue da Prefeitura Municipal de Araraquara.

AÇÕES	Pessoal envolvido (função e quantidade)	Material utilizado e trabalho desenvolvido	Freqüência da ação	Organização do trabalho
Bloqueio	Agentes de endemias	Suspeita bloqueio	Sempre que há um caso suspeito de dengue é realizado o bloqueio.	Mediante suspeita, organiza bloqueio.
Casa a casa	31 agentes sanitários	Visita domiciliar Descaracterização de criadouros Orientação a população	Durante o ano	A área do município foi dividida em 31 setores, sendo cada funcionário responsável por seu setor discriminado
Visita a imóveis especiais	02 agentes sanitários	Inspeção diferenciada por suas características peculiares	Durante o ano	Por setor e quadra.
Equipe de Pontos Estratégicos	10 agentes sanitários	Inspecciona Orienta proprietários Fazem nebulização	Tem a responsabilidade de cobrir estes locais a cada quinze dias.	Divisão dos agentes e escala
Trabalho conjunto com imobiliárias	01 funcionário	Inspeção	Trabalho em consonância com o casa a casa.	Funcionário percorre as imobiliárias do município recolhendo as chaves das casas fechadas aguardando aluguel ou venda.
Frentes de trabalho	Equipe terceirizada: 08 funcionários	Responsável pela limpeza de terrenos, 02 caminhões. Tudo visando eliminar criadouros	Durante o ano e quando solicitados.	No trabalho de rotina, priorizam terrenos em bairros que agentes "casa-a-casa" trazem como problemáticos.
Equipe I.E.C. (Informando, Educando, Comunicando)	08 agentes sanitários	Palestras em feiras educativas, etc.	Eventos próprios ou solicitação	Participam do treinamento de novos agentes e responsáveis pelas ações educativas em escolas, comércio, indústrias, grupos comunitários, 3ª idade, grandes eventos, etc.

Recebimento de queixas e denúncias	Atendente	Atendimento a uma linha telefônica específica		Anotar e encaminhar queixas e denúncias
------------------------------------	-----------	---	--	---

Fonte: ARARAQUARA, 2010

As ações de controle do vetor da dengue citadas pela Prefeitura Municipal de Araraquara são centradas em equipes estabelecidas e de acordo com o PNCD, sendo elas descritas a seguir: a **equipe do casa a casa**, composta por 31 agentes sanitários que ficam responsáveis por um setor discriminado. Esses setores advêm da divisão da área do município. O agente sanitário realiza visitas entrando nos domicílios e fazendo a descaracterização dos criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, aproveitando assim para orientar a população quanto à prevenção da doença. Há uma equipe discriminada para fazer a inspeção nos considerados pontos estratégicos da cidade, composta por 10 agentes sanitários que realizam o trabalho nos ferro velhos, borracharias, cemitérios, lojas de material de construção, dentre outros, orientando os proprietários do como devem manter seus estabelecimentos e fazendo a nebulização. Eles têm a responsabilidade de visitar estes locais a cada quinze dias.

Já em relação aos imóveis especiais, assim considerados porque apresentam características peculiares de intensa circulação de pessoas rotineiramente, tais como escolas, hospitais, centros de saúde, dentre outros, exigem uma inspeção diferenciada. Composta por agentes sanitários que vistoriam por setores estes imóveis. Foi desenvolvido junto com as **imobiliárias do município** uma parceria na qual um funcionário as percorre recolhendo as chaves das casas fechadas aguardando aluguel ou vendo, com a finalidade de inspecionar e fazer as medidas de prevenção da dengue. A denominada **frente de trabalho é uma** equipe terceirizada responsável pela limpeza de terrenos, composta por funcionários e maquinaria (caminhões). No trabalho de rotina, priorizam terrenos em bairros que agentes "casa-a-casa" apresentam como de maior risco. A **equipe I.E.C. (Informando, Educando, Comunicando)** é composta por agentes sanitários que participam do treinamento de novos agentes e responsáveis pelas ações educativas em escolas, comércio, indústrias, grupos comunitários, 3ª idade, grandes eventos, etc. São realizadas palestras, feiras educativas, teatro de fantoches e gincanas. No **laboratório** um funcionário treinado trabalha identificando as larvas coletadas pelos agentes do "casa-a-casa". Este serviço permite saber em quais regiões tem mais larvas do mosquito *Aedes aegypti*. Há ainda o **recebimento de queixas e denúncias, onde** através de uma linha telefônica específica a população tem a oportunidade de reclamar a presença do mosquito *Aedes aegypti* ou denunciar locais onde possam existir possíveis criadouros. É

designado um agente sanitário, para atender tais notificações. Todas as equipes têm como responsável um Supervisor, totalizando sete supervisores e um encarregado geral.

Há uma estratégia de **trabalho diferenciado em época de transmissão**, onde os serviços de saúde informam os suspeitos de estarem com dengue. Diante dessa suspeita a equipe de combate à dengue vai até o local de residência e de trabalho/escola do suspeito para executar a atividade de bloqueio. Esta atividade tem o objetivo de caso confirmem o caso de dengue, essas pessoas não transmitir a doença para outras pessoas. São realizadas as seguintes tarefas: casa-a-casa, eliminando criadouros, utilizando controle mecânico e aplicando larvicida; frente de trabalho, eliminando criadouros em terrenos baldios; pontos estratégicos nebulizando todos os imóveis em área de risco e I. E. C., cobrindo escolas e locais onde possa ser realizada ação educativa.

Nesse contexto, o município de Araraquara, em maio de 1998, assumiu a Gestão Plena do Sistema de Saúde e desde então gerencia todas as atividades do Sistema Único de Saúde. Para isto, recebe recursos anuais repassados pelo Ministério da Saúde. Atualmente há 14 Unidades Básicas de Saúde. Três dessas unidades apresentam o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que visitam mensalmente as famílias dos bairros, levando orientações de saúde e procurando identificar problemas de saúde, e/ou sociais passíveis de uma intervenção precoce pela equipe da unidade de Saúde.

O município adota também o Programa de Saúde da Família, entendido como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, operacionalizado mediante a implantação de equipes multiprofissionais em unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada. As equipes atuam com ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade, parâmetros estes essenciais para a Promoção da Saúde. Segundo a Gerência de Formação Continuada da Secretaria Municipal de Saúde de Araraquara – SP (2006), o controle do vetor e da epidemia da dengue é prioridade nos programas municipalizados e voltados para a saúde coletiva. Neste caso, o centro de zoonoses promove o controle de fauna, sinantrópicos e de vetores e o Serviço Especial de Saúde (SESA) promove a vigilância epidemiológica das doenças transmissíveis e os programas de tratamento e controle da tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis (DST), AIDS e hepatite. É um Centro de Saúde vinculado à Universidade de São Paulo.

A Vigilância Epidemiológica busca o conhecimento dos indicadores que auxilia na formulação de políticas de saúde, baseando-se na coleta e gerenciamento de dados como morbidade, mortalidade e sistema de informações. A Vigilância Sanitária, por sua vez, é responsável por ações de rotinas para proteger e promover a saúde da população, por meio de um conjunto de ações capazes de eliminar, diminuir e prevenir riscos à saúde e de intervir nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e da circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde, abrangendo o controle de bens de consumo que, direta ou indiretamente, se relacionam com a saúde; compreendendo todas as etapas do processo, da produção ao consumo, o controle da prestação de serviços que se relacionam direta ou indiretamente com saúde. Implicam na atividade de diversos especialistas voltados para o estudo da água, dos alimentos, medicamentos, cosméticos, saneantes, equipamentos e serviços de assistência à saúde e todas as substâncias, materiais, serviços ou situações que possam representar risco à saúde coletiva da população (BRASIL, 2002).

A participação da população tem igual ou maior importância no combate ao mosquito e em Araraquara esse quadro não é diferente, uma vez que o governo municipal deve pautar suas decisões sobre quais ações de saúde desenvolver, levando em consideração os interesses da sociedade, motivado pela busca de soluções para os problemas da população, o que resulta na implementação de um plano capaz de modificar o quadro atual, de modo a alcançar-se uma nova situação em que haja melhor qualidade de vida, maiores níveis de saúde e bem-estar e apoio ao desenvolvimento social dessa mesma população. Vale ressaltar que, em Araraquara, no primeiro semestre de 2010 volta a ser evidente o aumento significativo de casos em relação a 2009, atingindo quase 1000 casos somente no primeiro semestre de 2010.

Analisando o número de casos e as ações desempenhadas pelo poder público municipal, com as medidas preconizadas no PNCD, percebe-se a ineficácia em debelar o quadro de epidemia da doença em Araraquara. Dentro das diversas possibilidades face ao alto número de casos, a participação popular adquire fundamental importância. Nota-se através das ações e campanhas desenvolvidas que o direcionamento de ações educativas e de comunicação com a população podem ser mais constantes, mais fomentadas.

Para se ter uma melhor compreensão do sentido da participação popular, é interessante situar algumas definições de participação social. De forma geral, participação popular compreende as múltiplas ações que diferentes forças sociais desenvolvem para influenciar a formulação, execução, fiscalização e avaliação das políticas públicas e/ou serviços básicos na

área social (saúde, educação, habitação, transporte, saneamento básico etc.) (VALLA *et al.*, 1993).

A participação popular, neste contexto, significa uma força social imprescindível para fazer sair do papel as conquistas e impulsionar as mudanças necessárias.

Uma das formas de participação popular mais utilizada é a do mutirão, conforme adotado pela Prefeitura Municipal de São Carlos. Trata-se de um apelo, de um convite à população, principalmente a que mora nos bairros periféricos, para que realize, com seus próprios trabalhos, tempo de lazer e, às vezes, dinheiro, ações e obras da responsabilidade do governo. Em grande parte, os governos brasileiros, tanto o federal, como os estaduais e municipais, agem com a população de uma forma bastante autoritária, decidindo unilateralmente sobre a qualidade e quantidade dos serviços básicos. Quando, no entanto, percebem que não dão conta de um determinado problema (como dengue ou cólera, por exemplo), então conclamam a população a participar do combate e erradicação do mal através do mutirão (VALLA *et al.*, 1993).

Assim, unindo a participação social e a responsabilidade pública, o controle da dengue no município de São Carlos segue as diretrizes PNCD e do Ministério da Saúde, com orientações técnicas da SUCEN da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Nesse sentido, a Prefeitura Municipal de São Carlos realiza o Mutirão Cidade Limpa, que consiste numa ação integrada entre as secretarias municipais e autarquias, que desenvolvem atividades combinadas de limpeza pública, combate à dengue e manutenção urbana nos bairros de São Carlos.

O Quadro 3 traz as ações propostas pelo Mutirão Cidade Limpa – Combate a Dengue, da Prefeitura Municipal de São Carlos.

Quadro 3 – Ações do Combate a Dengue da Prefeitura Municipal de São Carlos.

AÇÕES	Pessoal envolvido (função e quantidade)	Material utilizado e trabalho desenvolvido	Frequencia da ação	Organização do trabalho
Bloqueio	38 agentes de endemias	Larvicida nos criadouros não removíveis e tratamento focal com produtos alternativos; eliminação (recolhimento de materiais inservíveis)	Sempre que entra um caso suspeito de dengue é realizado o bloqueio	9 quadras ao redor da residência, trabalho e estudo.

Nebulização	07 agentes de endemias	Inseticida fornecido pela SUCEN	Em casos confirmados de Dengue	9 a 25 quadras a partir do caso confirmado de dengue
Arrastão ou Mutirões	24 pessoas contratadas temporariamente	Caminhões, sacos de lixo, luvas de raspa, uniformes, balaios, <i>bags</i>	Anual, por aproximadamente 6 meses	Todos os imóveis do município
Casa a casa	38 agentes de endemias	Boletins de trabalho e demais materiais para realização da atividade	Rotina durante todo o ano, parando somente em casos de transmissão no município	Por áreas, setores e quadras numeradas
Visitas a imóveis especiais	38 agentes de endemias	Boletins e demais materiais para execução da atividade	De acordo com o cronograma de execução da atividade	Por área, setor e quadra.
Atividades de atendimento a pontos estratégicos	07 agentes de endemias	Boletins de trabalho, larvicida para tratamento focal se necessário e inseticida para tratamento perifocal	Quinzenalmente percorrem os Pontos Estratégicos.	Por área, setor e quadra.
Trabalhos específicos ou parcerias	Parcerias com escolas, indústrias, e demais setores da Prefeitura Municipal, de acordo com o trabalho a ser executado			
Frentes de trabalho	A Prefeitura contrata funcionários temporários para limpeza de terrenos			

Fonte:SÃO CARLOS, 2011.

As ações do mutirão consistem em visitação às residências para a retirada de entulhos que possam servir de criadouros do mosquito da dengue; distribuição de materiais educativos sobre saúde e sobre como evitar a formação de novos criadouros; operação tapa-buracos; corte de mato; sinalização de trânsito; limpeza de córregos e áreas públicas e ainda a triagem de materiais recicláveis. Também são notificados os proprietários de terrenos particulares para providenciar a limpeza, bem como a construção de calçadas e muretas.

Nesse trabalho, com relação à estrutura hierárquica da Prefeitura Municipal responsável pelas ações de combate e prevenção da dengue, o controle e combate à dengue são de responsabilidade da Divisão de Vigilância Epidemiológica, que é responsável pelas ações de combate e prevenção a Dengue, está inserida no Departamento de Gestão do Cuidado Ambulatorial, da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos. Dentro da Vigilância

Epidemiológica existe uma equipe de Agentes de Endemias, composta por funcionários efetivos que executam o combate e prevenção a Dengue. A equipe de Vigilância Epidemiológica é composta atualmente de: 04 funcionárias administrativas, 01 bióloga, 01 auxiliar de enfermagem, 03 enfermeiras, 5 visitadoras sanitárias, 01 nutricionista, 03 médicas e mais a equipe de agentes de endemias (38 funcionários), 02 motoristas. Há reuniões sempre que necessário, para discussão técnica e determinação de estratégias de controle ou prevenção, como também para avaliação das ações implantadas.

A Prefeitura Municipal, através da Secretaria Municipal de Saúde, contrata temporariamente funcionários para execução do Mutirão Cidade Limpa – combate a dengue, o qual está em andamento na presente data. Existe ainda um Comitê Municipal de Combate a Dengue que se reúne em situações necessárias para adoção de medidas mais amplas de combate. Além de manter uma equipe de agentes de endemias que trabalham durante todo o ano, visitando os imóveis do município rotineiramente, incluindo os Pontos Estratégicos, quando chega a época de maior incidência da doença, o município intensifica o combate com a contratação de 24 pessoas e 4 caminhões para a realização do Mutirão Cidade Limpa – Combate a Dengue, que tem por finalidade retirar materiais inservíveis dos imóveis, os quais poderiam tornar-se criadouros do mosquito transmissor. Este Mutirão tem duração de aproximadamente 6 meses, e é realizado no período de novembro a abril, de cada ano.

Nas épocas de maior incidência da doença, a prioridade é para execução de bloqueios/controle de criadouros e busca ativa de novos casos suspeitos, suspendendo temporariamente as ações de rotina da equipe. Quando há necessidade, o município de São Carlos conta com o apoio da SUCEN de Araraquara, mas de uma forma geral, o município realiza todas as atividades de prevenção e combate ao mosquito, mesmo em períodos de transmissão.

As ações educativas são feitas durante todo o ano, nas escolas, indústrias, atividades culturais, etc. Sempre que há uma oportunidade (festa, atividade cultural, etc.), o trabalho educativo está inserido. Há também a utilização dos meios de comunicação para divulgar os trabalhos realizados e também a atual situação epidemiológica da doença (emissoras de rádio, jornais, TVs locais e regionais e o site oficial da Prefeitura Municipal de São Carlos: www.saocarlos.sp.gov.br). Durante a execução do Mutirão Cidade Limpa – Combate a Dengue, a Prefeitura Municipal divulga matéria paga nas TVs e rádios (*spots*). Portanto, é constante este trabalho de divulgação. Essa estratégia básica de prevenção e combate ao mosquito transmissor vem se mantendo a mesma já há alguns anos, praticamente desde 2001.

Estas estratégias vão se moldando de acordo com a necessidade e de acordo com as orientações técnicas da SUCEN.

Diante deste contexto de variação de casos de dengue, apesar da implantação e manutenção das diretrizes do PNCD, dos esforços e ações municipais, mas ainda, das omissões e da demora em traçar planos e estratégias, torna-se relevante discutir a participação social e o cumprimento do papel da população no combate e controle da dengue. Isto porque um dos grandes problemas das doenças transmitidas por vetores é conseguir a participação efetiva da população no seu controle.

De acordo com estudos de Chiaravalloti Neto *et al.* (2006) e Donalisio *et al.* (2001), as formas de atuação adotadas em programas municipais de combate e controle da dengue não têm contribuído para o aprimoramento das práticas preventivas principalmente porque a comunidade tem permanecido como espectadora e dependente de ações previamente definidas. A participação da população tem fundamental importância e participação nos planos adotados pelas prefeituras, já que, em oitenta por cento dos casos, o mosquito transmissor se reproduz dentro de casa. Os estudos destes pesquisadores mostram também que os programas, mesmo disseminando os conhecimentos sobre dengue entre a população, permanece sem alterar o quadro da infestação pelo *Aedes Aegypti* e da transmissão da doença.. Os autores afirmam que a população reconhece no agente uma porta de entrada para reclamações e requer a resolução de problemas que vão além da presença do vetor e da doença, deixando de lado sua própria responsabilidade. Assim, o hiato entre as demandas e a atuação pública acaba promovendo o descrédito da população quanto às competências do agente interferindo diretamente na sua atuação.

É muito importante que a visita dos agentes às casas, e mais do que isso, a participação da população, olhando e verificando na sua casa, no seu ambiente de trabalho, se as caixas d'água estão descobertas, se as calhas estão acumulando as águas das chuvas, nesses locais e nessas regiões que continuam chovendo nesse período do ano, se existe algum pneu ou qualquer outro objeto que esteja acumulando água nos quintais, os pratos de vasos de plantas, todos esses recipientes, todos esses locais são potenciais criadouros para o mosquito *Aedes aegypti* (Fabiano Pimenta, secretário-adjunto nacional de Vigilância em Saúde, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010).

A fase social do programa de controle é importante, pois é sabido que muitas vezes os agentes sanitários são impedidos de entrar nas casas, terrenos, sítios e locais habitados por moradores que não permitem sua entrada, o que acaba se tornando um dos problemas na detecção e erradicação de focos de larvas e mosquito da dengue. Atualmente há medidas

legais que permitem este monitoramento, sendo necessária a divulgação destes procedimentos, tanto para os agentes como para a população.

Esse é um ponto crucial na relação entre a rede de poderes, uma vez que se o poder público tem o dever e a população tem o direito à saúde e ao controle de doenças, a resistência aos programas adotados pela rede pública pode vir a romper o elo de esforços e comprometer a eficiência do programa adotado. As ações participativas devem ser orientadas pela coresponsabilidade entre governo e sociedade, fortalecidas não apenas para a situação presente mas, especialmente, para identificar e enfrentar problemas futuros, criando a confiança de que o governo também cumprirá sua parte nesta responsabilidade que é compartilhada.

Ultrapassar a situação de mero repasse de informações e desencadear a participação, a partir do conhecimento e da ação individual e coletiva é um desafio para esta população e para o poder público, que necessita empregar continuidade nos procedimentos de combate ao vetor da dengue.

Baseado nisso, Chiaravalloti Neto *et al.* (2002), realizaram uma pesquisa buscando saber o nível de conhecimentos da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle e puderam concluir que o nível de conhecimento da população sobre dengue, seus vetores e medidas de controle foi bastante satisfatório, mas mesmo assim os níveis de infestação dos vetores mantêm valores elevados, com risco permanente de ocorrência de epidemias, mostrando não haver concordância entre conhecimento e adoção de medidas preventivas por parte da população. As abordagens tradicionais adotadas pelos órgãos de saúde não têm produzido os efeitos esperados, devendo-se buscar novas estratégias, como as campanhas educativas baseadas na organização e conhecimentos das comunidades, interferência sobre as fontes produtoras de recipientes descartáveis e adoção de políticas públicas que privilegiem o saneamento ambiental e a mobilização social.

Conforme os autores, a Educação em Saúde, enquanto pilar da Promoção da Saúde é uma das principais “armas” que a administração pública tem para conscientizar e estimular a população no combate a dengue, uma vez que grande parte das medidas propostas pelos planos municipais de controle da doença abrange não somente o esforço público ou privado de forma isolada, mas sim o comprometimento e envolvimento da população.

Chiaravalloti Neto *et al.* (2002), afirmam que a principal característica dos programas educativos é a definição de um nível de conhecimento tido como ideal e a tentativa de passá-lo para a população, supondo que, uma vez adquirido, implicará mudanças de hábito, isto é, haverá reflexos no domicílio, com a eliminação ou pelo menos a diminuição do número de

recipientes que possam criar os vetores da dengue. Para os autores, estas atividades não levam em conta os conhecimentos prévios e a visão que a população tem sobre o problema, nem incentivam a sua participação na elaboração das propostas educativas. Outra característica é a ausência de discussão com a população sobre suas prioridades. Ressaltam ainda que o processo de incorporação das práticas preventivas pelas pessoas é influenciado pelo grau de conhecimento sobre as formas de transmissão e prevenção da dengue, pelo desenvolvimento de atividades rotineiras que implicam o aumento satisfatório desse grau de conhecimento, pela mudança de práticas preventivas para a eliminação total dos criadouros, pelo descrédito da população nos serviços de saúde, falta de interesse em participar das atividades preventivas, crença no caráter inevitável da doença, repasse verticalizado do conhecimento e a solicitação dos órgãos de saúde de execução de medidas restritas ao comportamento individual.

Outras formas de incentivo à participação comunitária, conforme Chiaravalloti Neto, et al (2002) é a utilização de recursos como veiculação de mensagens pela mídia, atividades com multiplicadores, reuniões em sociedades de amigos de bairros, igrejas e creches; uso de *outdoors*, faixas, painéis, cartazes, folhetos e balões; palestras em escolas, feiras educativas, etc., como o Dia Nacional de Combate à Dengue. Além disso, atitudes como a adoção de medidas judiciais, como as que dão suporte para os agentes de combate exercerem suas funções entrando nas casas, são formas que os governos municipais têm de alertar e chamar a população à responsabilidade.

Por essa razão, é preciso que as estratégias para o controle da dengue busquem aliar, através de ações direcionadas não só a participação ativa de diferentes setores da administração pública, mas também a participação efetiva de cada morador na eliminação de criadouros já existentes, ou de possíveis locais para reprodução do mosquito. Daí a importância do capital social na estrutura de rede pública nos programas de combate e controle da doença.

Com relação à participação pública, a Educação em Saúde é de fundamental importância. Nesse sentido, Senge (1998) aponta que o primeiro passo para iniciar um processo de aprendizagem é fazer as pessoas se conscientizarem de que o aprendizado é importante, que exige engajamento e comprometimento e que isso leva a mudanças profundas. Senge (1998) também declara que o processo de aprendizagem na organização se dá oferecendo condições concretas para que as pessoas aprendam a criar sua própria realidade, auxiliando-as a compreender o contexto em que vivem e com ele interagir por elas próprias.

Quadro 4 – Atividades propostas pelo PNCD e ações desenvolvidas pelos municípios.

FEDERAL	ESTADUAL	MUNICIPAL	ARARAQUARA	SÃO CARLOS
<p>Divulgação das informações no âmbito Nacional.</p> <p>Supervisão aos níveis Estaduais e Municipais.</p> <p>Definição de normatização das atividades de controle.</p> <p>Definição de campanhas e Agenda de alcance nacional.</p> <p>Repasse de insumos para o controle químico (inseticidas e solventes).</p>	<p>Divulgação no âmbito estadual e encaminhamento de informações ao nível Federal</p> <p>Supervisão ao nível municipal</p> <p>Definição de normas no âmbito estadual, em conformidade com o nível federal</p> <p>Definição de campanhas e Agenda Estadual</p> <p>Atuação suplementar quando da insuficiência do nível municipal</p> <p>Pesquisa de larvas e alados em amostra de Pontos Estratégicos e Imóveis Especiais</p> <p>Avaliação de Densidade Larvária em amostra de Imóveis segundo município e segundo região</p> <p>Monitoramento de susceptibilidade dos vetores ao inseticida</p> <p>Notificação de casos de dengue</p> <p>Atividades de bloqueio de forma suplementar aos municípios, em área com suspeita de transmissão</p> <p>Realização de exames laboratoriais para diagnóstico, até incidência definida para o local</p>	<p>Divulgação no âmbito municipal e encaminhamento de Informações ao nível Estadual</p> <p>Visita a imóveis residenciais para eliminação de criadouros e orientação à população</p> <p>Avaliação de Densidade Larvária em amostra de Imóveis</p> <p>Pesquisa em Imóveis Especiais</p> <p>Pesquisa em Pontos Estratégicos</p> <p>Estruturação de Comitê Municipal de Combate à Dengue</p> <p>Elaboração de Plano Municipal de Contingência da Dengue</p> <p>Notificação de casos de dengue</p> <p>Busca ativa de casos em área de suspeita de transmissão</p> <p>Atividades de bloqueio em área com suspeita de transmissão</p>	<p>Bloqueio e nebulização Sempre que há um caso suspeito de Dengue é realizado o bloqueio. Nebulização só quando em casos confirmados.</p> <p>Casa a casa Visita domiciliar com descaracterização de criadouros e orientação a população</p> <p>Visita a imóveis especiais Inspeção diferenciada por suas características peculiares</p> <p>Equipe de Pontos Estratégicos Inspecciona Orienta proprietários Fazem nebulização</p> <p>Trabalho conjunto com imobiliárias Inspeção Um funcionário percorre as imobiliárias do município recolhendo as chaves das casas fechadas aguardando aluguel ou venda.</p> <p>Frentes de trabalho Responsável pela limpeza de terrenos. Visa eliminar criadouros No trabalho de rotina, priorizam terrenos em bairros que agentes "casa-a-casa" trazem como problemáticos. Mutirão</p> <p>Equipe I.E.C. (Informando, Educando, Comunicando Participam do treinamento de novos agentes e responsáveis pelas ações educativas em escolas, comércio, indústrias, grupos comunitários, 3ª idade, grandes eventos, etc</p> <p>Recebimento de queixas e denúncias</p>	<p>Bloqueio e nebulização Sempre que entra um caso suspeito de Dengue é realizado o bloqueio. Em casos confirmados de Dengue, a nebulização.</p> <p>Casa a casa Boletins de trabalho por áreas, setores e quadras numeradas</p> <p>Visitas a imóveis especiais De acordo com o cronograma de execução da atividade Por área, setor e quadra.</p> <p>Atividades de atendimento a pontos estratégicos Quinzenalmente percorrem os Pontos Estratégicos, por área, setor e quadra</p> <p>Trabalhos específicos ou parcerias Parcerias com escolas, indústrias, e demais setores da Prefeitura Municipal, de acordo com o trabalho a ser executado</p> <p>Frentes de trabalho A Prefeitura contrata funcionários temporários para limpeza de terrenos</p> <p>Arrastão ou Mutirões o Mutirão Cidade Limpa, ação integrada que desenvolve atividades combinadas de limpeza pública, combate à dengue e manutenção urbana nos bairros de São Carlos.</p> <p>Comitê Municipal de combate a Dengue.</p>

O quadro acima delimita responsabilidades a serem cumpridas no âmbito dos três poderes e elenca as ações desenvolvidas nos dois municípios do estudo. São ações alinhadas ao PNCD, mas são poucas as estratégias municipais que promovam a integração destas ações. O elemento educação, com participação da comunidade, aliado ao conhecimento científico multidisciplinar, traz uma sólida base para o desenvolvimento de estratégias direcionadoras de um controle integrado, incentivando mais a comunicação intersetorial.

O PNCD prescinde de uma revisão operacional, já que ele apresenta elementos multifocais, as ações têm aporte em legislações, são diversas, mas difusas. A idéia é promover interação e integração na realização destas ações e entre os órgãos executores. O combate à dengue envolve abordagens de fatores sociais e de infra-estrutura urbana que trazem complexidade ao desenvolvimento de ações. O contexto municipal neste momento deve ser o foco de direcionamento das análises e intervenções e o conseqüente desenvolvimento de medidas efetivas capazes de obter sucesso no controle da doença.

A idéia em integrar ações gira no sentido de consonância, visando um objetivo comum, sendo este combater e controlar a dengue, não visando formular novas diretrizes, mas intervir dinamizando a execução das ações já existentes para que estas se transfigurem em uma teia, onde os pequenos elos são cruciais para o resultado final.

Para tanto, a criação de canais de diálogo constantes entre os pesquisadores, os gestores governamentais, os profissionais de saúde, os órgãos executores das políticas existentes e destinatários desta política seria oportunidade para a elaboração de maneira participativa de estratégias baseadas em uma gestão sustentável: ambiental e socialmente.

Assim, o que desponta como crucial é a interligação entre uma política pública elaborada participativamente, com vistas a promover saúde. Desenvolver um plano de trabalho, mediante a formalização destes encontros, onde os atos de planejar, delinear ações, implantar e monitorar participativamente sejam elementos na busca da prevenção, combate e controle da doença, adequando a realidade local às variáveis sugeridas no PNCD.

Certamente ainda haverá diversas dificuldades e entraves a serem enfrentados na luta pelo controle do vetor. Na análise e comparação dos planos municipais e das ações que foram realizadas, tanto pela prefeitura de Araraquara quanto pela prefeitura de São Carlos, nada garante a eficácia do programa a não ser a implantação e cumprimento do ciclo completo e de sucesso do combate a dengue.

Este ciclo começa na responsabilidade pública e no dever de educar a população, delimitando mais ações educativas e preventivas; perpassa pelo compromisso dos órgãos públicos em solicitar e destinar adequadamente os devidos recursos sejam eles humanos,

financeiros e tecnológicos; pela mobilização intersetorial entre as diversas Secretarias envolvidas, imprescindivelmente as Secretarias de Saúde, Educação e de Planejamento; pela destinação de funcionários e capacitação em serviço, para que atuem adequadamente, chegando, finalmente, até o apoio, manutenção e capacitação dos agentes das vigilâncias epidemiológicas atuantes no âmbito municipal a fim de que sejam capazes de dar atendimento a todas as ações que devem ser desenvolvidas como ações básicas, para que não haja situações de epidemias. A promoção de capacitação dos recursos humanos é imprescindível para que as ações sejam duradouras e que sejam eficientemente acompanhadas, avaliadas ou reformuladas.

Mais atenção, empenho e destinação de recursos financeiros e humanos para o cumprimento de quaisquer ações que sejam propostas torna-se imprescindível para o sucesso do plano, sendo a busca de uma melhor estruturação para as equipes das vigilâncias epidemiológicas municipais um primeiro passo para o fortalecimento e dinamização de um trabalho que perpassa enormemente pelas funções a serem ali desempenhadas, dando propulsão às outras ações que se fizerem necessárias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No quadro atual de avanços tecnológicos, processos de urbanização da vida social, mudanças climáticas e desmatamentos irregulares, associamos estes como fatores que ocasionam agressões ao meio ambiente e, conseqüentemente, desequilíbrios naturais. Nesse cenário, surgem novas doenças e ressurgem outras consideradas até então controladas ou eliminadas em determinados momentos, como no caso da dengue.

Seu vetor, o *Aedes aegypti*, apresenta grande adaptação à vida urbana e sua propagação é privilegiada devido aos hábitos consumistas modernos adotados pela população, que vive predominantemente em centros urbanos, mas na maioria dos casos ocupando-os desordenadamente, vivendo em condições inadequadas de habitação, de saneamento básico, de coleta de lixo, tudo isto, aliadas á epidemiologia deste vetor, colaboraram com as condições potencializadoras das epidemias de dengue,

Com a rápida disseminação do sorotipo 3 no 1º semestre de 2002, e com a grande expansão geográfica da infestação do território nacional pelo mosquito transmissor da dengue, alterou o cenário epidemiológico no país, causando grande preocupação pela facilidade de circulação de novos sorotipos do vírus. Desde então a dengue tem sido objeto de ampla campanha de saúde pública no Brasil, que se concentra no controle do *Aedes Aegypti*, seu mosquito vetor. Neste cenário, o Brasil vem desenvolvendo programas, planos e estratégias de controle do mosquito vetor, o *Aedes aegypti*, sendo o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), criado pelo Ministério da Saúde em 2002, o mais importante atualmente, pois reúne um conjunto de ações distribuídas e adequadas às realidades locais, resguardando a sintonia com seus objetivos e metas, dentre elas a constituição de equipes interdisciplinares específicas para o controle do vetor do dengue e as visitas sistemáticas a todos os imóveis dos municípios infestados, constituindo assim uma política conjunta entre poder público e população.

Com base nos objetivos e metas do PNCD, há ainda as Diretrizes Nacionais para Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, lançadas em julho de 2009 em conjunto com CONASS e CONASEMS, com o objetivo de reforçar a importância de articulação do setor saúde com outros setores, além de definir parâmetros para organizar as atividades de prevenção e controle da doença nos estados e municípios, divididos em cinco componentes: 1.

Assistência aos pacientes; 2. Vigilância Epidemiológica; 3. Controle vetorial; 4. Comunicação e mobilização; 5. Gestão e financiamento.

Conforme pode-se verificar nos programas de controle da dengue das prefeituras municipais de Araraquara e São Carlos, as ações de controle do vetor propostas pelo poder público têm sido centradas no controle das larvas do mosquito vetor, através da identificação e eliminação e/ou tratamento dos locais onde elas podem utilizar para sua reprodução. Os planos, as campanhas, as ações, as mensagens midiáticas, conclamam a participação da população para auxiliar neste combate, através dos cuidados com as condições de suas casas, eliminando focos e protegendo possíveis reservatórios de água. Tal participação é impactante pontualmente, mas não tem sido suficiente nem constante. Isso porque, na sociedade, o sujeito se vê como integrante da sociedade, mas, em geral, não reconhece sua participação na dimensão coletiva, do grupo social e do lugar. Os planos de controle e combate desenvolvidos pelas municipalidades comprovam a importância da intersetorialidade como um dos pilares da Promoção da Saúde refletida na articulação entre Estados, municípios, sociedade civil, mídia, enfim, uma metodologia de trabalho que pauta a união e o esforço em comum de combater e controlar a proliferação do mosquito da dengue. As ações, planos e programas municipais, como os descritos e analisados neste trabalho, podem obter mais ou menos sucesso quando se empenham na formação de um elo de cumplicidade e confiança com a população. Ao se abordar a perspectiva da mobilização social no enfrentamento da dengue, há o destaque crucial dessa mobilização para fazer com que as ações de combate a doença se perpetuem no tempo e se transformem em práticas cotidianas, contínuas e sistemáticas, auxiliando assim, na Promoção da Saúde de toda uma sociedade.

Concluindo, de tudo o que foi estudado, o maior desafio está na manutenção das ações de combate e erradicação nas épocas em que o número de casos é pequeno ou até inexistente e a doença cai no esquecimento. Isso porque a grande ameaça da expansão da dengue aponta para a necessidade da reestruturação das ações até então desenvolvidas. Isto deve ter como base a visão de que a saúde pública é um problema amplo que não comporta soluções imediatistas, pois envolve a participação conjunta das agências governamentais e de toda a sociedade num processo contínuo.

O poder público e a imprensa têm papel de alertar constantemente a população para que esta, com os conhecimentos adquiridos através das ações dos programas implementados possam exercer seu importante papel neste elo de combate. Vale ressaltar que o poder público não traz efetividade a um programa somente através das responsabilidades elencadas no PNCD e nas Diretrizes Nacionais, mas tem o compromisso social de ser transparente em suas

ações, esclarecendo como desenvolve, como monitora e como se operam os processos de alteração de estratégias e ações. A fiscalização dos programas deve ser aporte para a busca de novos conhecimentos científicos regionais, destinando recursos financeiros, humanos e materiais para que as análises apontem possíveis falhas e apontem novos caminhos a seguir. Como já fora citado, fatores como a vulnerabilidade socioambiental, a injustiça social na ocupação do espaço urbano e os estilos de vida das populações, influem diretamente na resolução do problema da dengue, devem ser alvo de ações sistematizadas de melhorias destas condições, buscando dar atendimento às premissas da Promoção da Saúde e que devem ser pensadas de forma intersetorial, para que a construção de políticas públicas celebre a cidadania e a qualidade de vida.

Há limitações, que ao serem apontadas neste estudo, apresentam-se como os pontos mais críticos que foram percebidos durante o desenvolvimento do estudo, tais como as facilidades de proliferação e disseminação do *A. aegypti* oferecidas pela vida urbana, dificultando pesquisas e estudos; as vigilâncias sanitárias municipais carecem de recursos humanos e financeiros para o desenvolvimento de ações regionalizadas e práticas de fiscalização e monitoramento das ações; a dificuldade do poder público em ampliar e regularizar o abastecimento de água encanada e da coleta freqüente do lixo, com destinação adequada, particularmente nas áreas periféricas das cidades; os contratos dos agentes de endemias, e também dos agentes de saúde serem, em geral, temporários e às vezes sem garantias trabalhistas; informação, educação e comunicação com a população.

Responsabilidade pública em educar a população, transformar a linguagem científica em linguagem acessível, tornando a comunidade elemento participativo ao elaborar ações, podendo assim, adequar as propostas, compartilhando visões e valores, é uma premissa. Restou muito clara a importância da disseminação da informação e da mobilização da sociedade civil no sentido de participação, sendo estas aliadas vitais no controle e combate da dengue. Poucas ações e atividades realmente organizadas, formais, foram constituídas. Muito se fala sobre dengue, mas esta informação há que sensibilizar mais para que saia do campo do saber e entre no campo do fazer da população. Iniciativas como criação de comitês de bairros limítrofes, mutirões comunitários, devem ser apoiadas e acompanhadas pelo poder público, sendo este não somente um gestor, mas um elo entre cidadãos e outras instituições que podem agregar conhecimentos, recursos financeiros e humanos, firmando parcerias visando a universalização de ações, na busca de prevenir, controlar e combater a dengue, promovendo saúde.

REFERÊNCIAS

ANDI. AGÊNCIA DE NOTÍCIAS DOS DIREITOS DA INFÂNCIA; REDE ANDI AMÉRICA LATINA, UNICEF. **Jornalismo preventivo e cobertura de situações de risco: Uma análise do tratamento editorial dedicado pela imprensa brasileira à dengue e à febre amarela.** Brasília: ANDI, 2009.

ARARAQUARA, Gerência de Educação Continuada, Secretaria Municipal de Saúde. **Implementação do Sistema de Atenção à Saúde no Município de Araraquara.** Disponível em: <www.easysite.com.br/secretariadasaude>. Acesso em: 27 jan. 2011.

ARAUJO, José Raimundo de; FERREIRA, Efigênia Ferreira; ABREU, Mauro Henrique Nogueira Guimarães de. Revisão sistemática sobre estudos de espacialização da dengue no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 11, n. 4, Dec. 2008.

AUGUSTO, Lia Giraldo da Silva; CARNEIRO, Rosa Maria; MARTINS, Paulo Henrique. **Abordagem ecossistêmica em saúde.** Ensaios para o controle do dengue. Recife: Editora Universitária da UFPE, 2005.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. Os fundamentos do conhecimento na vida cotidiana. In: **A Construção Social da Realidade** (P. Berger & T. Luckmann, org.), pp. 35-68, Petrópolis: Editora Vozes, 1985.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Promulgada em 5 out. 1988. São Paulo: Atlas, 1999.

_____. CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA. CVE “Prof. Alexandre Vranjac”. **Boletim de dengue:** casos autóctones confirmados por município e semana epidemiológica – anos 2006, 2007 e 2008. Disponível em: <http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/cve_dengue.html>. Acesso em: 25 jan. 2011.

_____. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA. **Dengue** – Instruções para pessoal de combate ao vetor. Brasília: Funasa; 2001.

_____. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA. **Manual de Dengue - Vigilância Epidemiológica e Atenção ao doente.** Brasília, 2002.

_____. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA. **Plano diretor de erradicação do *Aedes aegypti* no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. Fundação Nacional de Saúde. FUNASA. **Programa Nacional de Controle da Dengue: amparo legal à execução das ações de campo - imóveis fechados, abandonados ou com acesso não permitido pelo morador**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: Guia de Bolso**. Volume 1, 3 ed., pág. 31. Ministério da Saúde Brasília/DF - junho 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de intensificação das ações de controle da dengue**. Brasília: Funasa; 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23614&janela=1>. Acesso em 20 out. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. SUCEN/CVE/ CVS. **Principais problemas na normatização das atividades de vigilância e controle do *Aedes aegypti* e ajustes necessários**. São Paulo; 2003. Disponível em: <<http://www.sucen.sp.gov.br>>. Acesso em 20 de setembro de 2008.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência do Controle de Endemias. **Vigilância e controle de *Aedes aegypti*: normas, orientações e recomendações técnicas. Plano de intensificação das ações de controle de dengue no Estado de São Paulo**. Secretaria da Saúde. Governo do Estado de São Paulo, 2001.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. **Programa Nacional de Controle do Dengue**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde - SVS. Boletim. **Situação epidemiológica da dengue**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/>>. Acesso em: 26 jan. 2011.

_____. Superintendência de Controle de Endemias - SES. **Plano de emergência para o controle dos vetores do dengue e febre amarela no verão 1991-1992 no Estado de São Paulo**. São Paulo: Superintendência de Controle de Endemias. 1991.

_____. Superintendência de Controle de Endemias - SES. **Manual de Vigilância Entomológica de *Aedes aegypti***. São Paulo, 1997.

_____. Superintendência de Controle de Endemias - SES. **Controle integrado dos vetores de dengue** (Disponível em: <http://www.sucen.sp.gov.br/down/vetores_geral/den_contri.pdf>. Acesso em 10 de agosto de 2010.

BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In: BUCCI, Maria Paula Dallari. (Coord.). **Políticas públicas: reflexões sobre o conceito jurídico**. São Paulo: Saraiva, 2002.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: FREITAS, Carlos Machado de; CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

CÂMARA, F.P.; THEOPHILO, R.L.G.; SANTOS, G.T.; PEREIRA, S.R.F.G.; CÂMARA, D.C.P.; MATOS, R.R.C. Estudo retrospectivo (histórico) da dengue no Brasil: características regionais e dinâmicas. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, 40:192-196, 2007.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda. **Avaliação de política nacional de promoção da saúde**. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, v.31, n.2, p.209-213, abr. 1997.

CANDEIAS, N.M.F. *et al.* Delineamento do papel profissional dos especialistas e educação em saúde, uma proposta técnica. **Rev. Saúde Pública**, 24: 289-98, 1991.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**. Disponível em: <www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2010.

CARVALHO, M. do C. B. de. A ação em rede na implementação de políticas e programas sociais públicos. **Revista de Información del Tercer Sector**, abril 2003.

CARVALHO, S. R. **Saúde coletiva e promoção à saúde**: uma reflexão sobre os temas dos sujeitos e da mudança. Doutorado. Campinas, 2002.

_____. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.9, n.3, p. 669-678, 2004.

CHAPLE, Enrique Beldarraín. Henry E. Sigerist y la medicina social occidental. **Rev Cubana Salud Pública**, Jun 2002, vol. 28, no.1, p.62-70. ISSN 0864-3466. Disponível em:<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086434662002000100007&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 28 jan. 2010.

CHIARAVALLOTI NETO, F.C.; MORAES, M. S; FERNANDES, M.A. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 14 (Sup. 2):101-109, 2002.

CHIARAVALLOTI NETO, F.; BARBOSA, A.A.C.; CESARINO, M.B.; FAVARO, E.A.; MONDINI, A.; FERRAZ, A.A., *et al.* Controle da dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família em relação ao programa tradicional de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 987-997, 2006.

COHEN, Ernesto; FRANCO, Rolando. **Avaliação de projetos sociais**. Petrópolis: Vozes, 1993.

COMERLATTO, Dunia; COLLISELLI, Dunia; KLEBA, Maria Elizabeth; MATIELLO, Alexandre; RENK, Elisônia Carin. Gestão de políticas públicas e intersetorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. **Rev. Katál**. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 265-271 jul./dez. 2007.

CONSOLI, R. A .G. B; OLIVEIRA, R. L. de. **Principais mosquitos de importância sanitária no Brasil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

CNUMAD. Conferência das Nações Unidas sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento. **Agenda 21**. 1992. Disponível em: <<http://www.onu-brasil.org.br>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

CZERESNIA, Dina. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

_____. The concept of health and the difference between prevention and promotion. **Cadernos de Saúde Pública**, v.15, n.4, p.701-709, Oct./Dec.1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>>. Acesso em: 28 jan. 2010. [Página traduzida].

DONALISIO, M.R; ALVES, M.J.C.P.; VISOCKAS, A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão do dengue – Região de Campinas, São Paulo, Brasil – 1998. **Rev Soc Bras Med Trop**, 2001; 34:197-201.

DONALÍSIO, M. R; ocorrência GLASSER, C. M. Vigilância Entomológica e Controle de Vetores do Dengue. **Rev. Brasileira de Epidemiologia**, vol. 5, n. 3, 2002.

FERREIRA, A.B.H. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FREITAS, Rafael Maciel de. **Sobrevivência e dispersão de fêmeas de *Aedes aegypti* no Rio de Janeiro**. Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Biologia Parasitária do Instituto Oswaldo Cruz, 2006.

GLASSER, C.M.; GOMES, A.C. Infestação do Estado de São Paulo por *Aedes aegypti* e por *Aedes albopictus*. **Rev Saúde Pública**, 34:570-7, 2001.

GOMES, A.C. Vigilância entomológica. **IESUS**, v. 11, 79 – 9, 2001.

GRANADA, G. G. **Grupos educativos multiprofissionais e educação em saúde: a experiência em um centro de saúde-escola**. 2004. 283f. Dissertação (mestrado), Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas. 2004.

HOLANDA, Antonio Nilson Craveiro. **Avaliação de políticas públicas: conceitos básicos, o caso do ProInfo e a experiência brasileira**. VIII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Panamá, 28-31 out. 2003.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Cidades**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/cidadesat>. Acesso em: 24 jan. 2011.

KER, J.C.; RESENDE, M. Caracterização química e mineralógica de solos brunos subtropicais do Brasil. **R. Bras. Ci. Solo**, 14: 215 - 225, 1990.

LALONDE, M. A new perspective on the health of Canadians, pp. 3-5. In OPAS 1996. **Promoción de la Salud: Una Antología**. Publ. Cient. 557, OPAS, Washington, 1974. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2010. [Página traduzida].

LEAVELL, H.; CLARK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill Inc., 1976.

LEFEVRE, Fernando; CAVALCANTE, Ana Maria. **Promoção de Saúde - a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LHOSTE, J. **La Lutte chimique contre les insectes nuisibles**. Marselha. Les Presses de la Faculté de Medecine et de Pharmacie de Marseille, 1966. [Página traduzida].

MONDINI, A.; CHIARAVALLOTI NETO, F.; SANCHES, M.G.; LOPES, J.C.C. Análise espacial da transmissão de dengue em cidade de porte médio do interior paulista. **Rev. Saúde Pública**, 2005; 39:444-51.

MORIN, E. **O método: a natureza da natureza**. Lisboa: Europa-América, 1977.

NATAL, D.; URBINATTI, P.R.; TAIPE-LAGOS, C.B.; CERETI-JUNIOR, W.; DIEDERICH, A.T.B.; SOUZA, R.G.; SOUZA, R.P. Encontro de *Aedes (Stegomyia) albopictus* (Skuse) em Bromeliaceae na periferia de São Paulo, SP, Brasil. **Rev Saude Publica**, 31: 517-518, 2005.

NOBRE, A.; ANTEZANA, D.; TAUILL, P.L. Febre amarela e dengue no Brasil: epidemiologia e controle. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 27, 27 (Supl. III): 59-66, 1994.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. **Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (UNDP)** New York (NY/USA): OMS. Acesso 15 ago. 2008. Disponível em: <www.undp.org.br>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. OPAS. **Carta de Ottawa para la promoción de la salud**. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Promoción de la salud: una antología. Washington: OPAS, 1996. [Página traduzida].

PINHEIRO, R.S.; ESCOSTEGUY, C.C. Epidemiologia e serviços de saúde. In: Medronho, R.A.; Carvalho, D.M.; Block, K.V.; Luiz, R.R.; Werneck, G.L. organizadores. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu; 2003.

PORTAL DA SAÚDE. **Alerta contra a dengue**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/default.cfm?pg=dspDetalheNoticia&id_area=124&CO_NOTICIA=10854>. Acesso em: 27 jan. 2011.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROTHBERG, D. Conselhos de mídia e capital social. **Alceu**, vol. 6, n. 12, jan/jun 2006.

SÃO CARLOS. Prefeitura Municipal de São Carlos. **Secretaria de Vigilância Epidemiológica de São Carlos**. Disponível em: <www.saocarlos.sp.gov.br>. Acesso em: 02 fev. 2011.

SCHNEIDER, Sergio; SCHIMITT, Cláudia Job. O uso do método comparativo nas Ciências Sociais. **Cadernos de Sociologia**, Porto Alegre, v. 9, p. 49-87, 1998.

SENGE, P.M. **As cinco disciplinas**. Barueri: HSM Management, 1998.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoción de la salud: concepciones, principios y operacionalización, Interface - **Comunic, Saúde, Educ**, v.7, n.12, p.91-112, 2003. [Página traduzida].

SILVA L.M.V.; FORMIGLI, V.L.A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cad Saúde Pública**, 10:80-91, 1994.

SILVA, N.J.R.; BEURET, J.E.; MIKOLASEK, O.; FONTENELLE, G.; DABBADIE, L.; ESPAGNOLI, M.I.; MARTINS, G. Modelo teórico de análise de políticas públicas e desenvolvimento: um exemplo de aplicação na piscicultura. **Rev. de Economia Agrícola**, São Paulo, v. 54, n. 2, p. 43-66, jul./dez. 2007.

SILVA, JR. J.B.; SIQUEIRA, JR. J.B.; COELHO, G.E.; VILARINHOS, P.T.; PIMENTA, JR. F.G. Dengue in Brazil: current situation and control activities. **Epidemiological Bulletin** n. 23 (1): 3-6, 2002.

SOUZA, Elza Maria; GRUNDY, Emily. Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: interrelações e perspectivas para a saúde pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.5, set./out. 2004.

SUTHERLAND, R.W.; FULTON, M.J. Health promotion, pp. 161-181. In Sutherland & Fulton. **Health Care in Canada**. CPHA, Ottawa, 1992. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2010. [Página traduzida].

TARGA, Luiz Roberto Pecoitz. Comentário sobre a utilização do método comparativo em análise regional. **Ensaios FEE**, v. 12, n. 1, p.265-271. Porto Alegre, 1991.

TEIXEIRA, Maria da Glória et al . Dengue e febre hemorrágica do dengue no Brasil: que tipo de pesquisas a sua tendência, vigilância e experiências de controle indicam ser necessárias?. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, out. 2005.

TEIXEIRA, Maria da Glória; BARRETO, Maurício Lima; GUERRA, Zouraide. Epidemiologia e medidas de prevenção do Dengue. **Informe Epidemiológico do Sus**, Brasília, v. 8, n. 4, dez. 1999. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-16731999000400002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 18 jan. 2011.

VALLA, V. V., ASSIS, M. & CARVALHO, M. **Participação popular e os serviços de saúde: o controle social como exercício da cidadania**. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, 1993.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa**, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Ministério da Saúde/IEC, Brasília, 1986.

ZIGLIO, E., HAGARD, S., McMAHON, L., HARVEY, S., LEVIN, L. **Inversión en favor de la salud**. In: CONFERÊNCIA MUNDIAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD, 5, 2000, México. Informe técnico. México, 2000. Disponível em <<http://www.who.int/hpr/conference/products/Techreports/spanishdocs/invest-fn>>. Acesso em: 28 jan. 2010.

ANEXOS

PORTARIA nº 1347/GM EM 24 DE JULHO DE 2002

Institui o Programa Nacional de Controle da Dengue e dá outras providências.

O Ministro da Saúde, no uso de suas atribuições legais e considerando a necessidade de se implementar ações permanentes de combate à Dengue, resolve:

Art. 1º Instituir o Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD, com as seguintes diretrizes:

I - desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização das pessoas, de maneira a criar-se uma maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor;

II - fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica para ampliar a capacidade de predição e de detecção precoce de surtos da doença;

III - melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor;

IV - integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde e Programa de Saúde da Família;

IV - utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas, dentre outras;

V - atuação multisetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de recipientes seguros para armazenagem de água;

VI - desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios.

Art. 2º Fica criado o Grupo Executivo do PNCD com a finalidade de coordenar a implementação, em nível nacional, das ações previstas no Programa.

§ 1º O Grupo Executivo de que trata o caput deste artigo será coordenado pela FUNASA e contará com representantes da Secretaria de Assistência à Saúde e da Secretaria de Políticas de Saúde, ambas do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária e da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

§ 2º O Presidente da Fundação Nacional de Saúde - FUNASA definirá, por meio de Portaria, a composição do Grupo Executivo e as atribuições de seus membros.

Art. 3º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

BARJAS NEGRI

PORTARIA Nº 1934/GM EM 9 DE OUTUBRO DE 2003

Institui o Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue, o Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue e da outras providências.

1,5 cm

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que cerca de 90% dos criadouros do mosquito transmissor da dengue estão localizados nas residências;

Considerando a necessidade de se intensificar as ações de eliminação dos criadouros no período que antecede o período da estação de chuvas;

Considerando que a mobilização da população nas ações de combate à dengue é de fundamental importância para o controle da doença,

RESOLVE:

Art. 1º Instituir como Dia Nacional de Mobilização contra a Dengue o último sábado do mês de novembro.

Art. 2º Instituir o Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue com a finalidade de coordenar a implementação, em nível nacional, das ações de educação em saúde e mobilização social voltadas ao combate à doença, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra a Dengue.

Art. 3º O Comitê Nacional será composto por membros que representarão os segmentos do poder público e da sociedade civil, cabendo ao Secretário de Vigilância em Saúde definir, por meio de Portaria, a sua composição, com mandato de 2 (dois) anos.

§1º Os membros do Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue deverão declarar a inexistência de conflito de interesses com suas atividades públicas ou privadas no debate dos temas pertinentes.

§2º A participação no Comitê é considerada de relevante interesse nacional e não será remunerada.

Art. 4º Compete ao Comitê Nacional de Mobilização contra a Dengue:

- I – propor ações de educação em saúde e mobilização social para o combate à dengue;
- II – acompanhar e avaliar a implementação das ações previstas para o combate à doença.

Art. 5º O Comitê Nacional será coordenado pelo representante da Secretaria de Vigilância em Saúde e/ou seu substituto, que terá as seguintes competências:

- I – coordenar as reuniões do Comitê;
- II – encaminhar atas e relatórios para apreciação do responsável pelas ações do Programa Nacional de Combate à Dengue, da Secretaria de Vigilância em Saúde;
- III – submeter a apreciação e aprovação do Secretário de Vigilância em Saúde as deliberações oriundas das reuniões do Comitê Nacional.

Art. 6º O Comitê Nacional reunir-se-á quando convocado pelo seu Coordenador.

Art. 7º A Secretaria de Vigilância em Saúde orientará os Estados e Municípios para que instituem, por intermédio de suas Secretarias de Saúde, respectivamente, comitês estaduais e municipais de mobilização contra a dengue visando incentivar a articulação dos órgãos federais, estaduais e municipais, bem como das entidades civis, com o objetivo de implementar as ações de educação em saúde e mobilização social, em especial as relativas ao Dia Nacional de Mobilização Contra a Dengue.

Art. 8º Fica delegada competência ao Secretário de Vigilância em Saúde para, caso necessário, editar normas regulamentadoras desta Portaria.

Art. 9º Revogar a Portaria nº 1.346/GM, de 24 de julho de 2002, publicada no DOU nº 143, Seção 1, página 80, de 26 de julho de 2002.

Art. 10. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

HUMBERTO COSTA

PORTARIA Nº 335 DE 12 DE FEVEREIRO DE 2007

Institui Grupo Executivo, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de acompanhar e propor as medidas necessárias para a efetiva implementação das ações do Programa Nacional de Controle da Dengue - PNCD.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando que, apesar dos avanços alcançados no controle do *Aedes aegypti* com a implantação do Programa Nacional de Controle da Dengue;

Considerando a relevância das ações de educação em saúde e mobilização social, que permeiam todas as áreas da saúde, no combate ao mosquito transmissor da dengue;

Considerando a necessidade de aperfeiçoamento das estratégias de controle, gestão e operação das ações de campo no combate ao vetor;

Considerando a complexidade do processo envolvido que requer um esforço integrado dos vários campos de atuação do setor saúde; e

Considerando a necessidade de integrar as ações de controle da dengue inerentes a cada unidade/órgão subordinados e vinculados do Ministério da Saúde,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir Grupo Executivo, no âmbito do Ministério da Saúde, com a finalidade de acompanhar e propor as medidas necessárias para a efetiva implementação das ações do Programa Nacional de Controle da Dengue – PNCD, visando a sua prevenção e controle em todo o território nacional.

Art. 2º O Grupo Executivo do PNCD é composto por representantes das secretarias subordinadas e órgãos vinculados:

I - Secretaria de Vigilância em Saúde;

- II - Secretaria-Executiva;
- III - Secretaria de Atenção à Saúde;
- IV - Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa;
- V - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde;
- VI - Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos;
- VII - Agência Nacional de Vigilância Sanitária;
- VIII - Agência Nacional de Saúde Suplementar;
- IX - Fundação Nacional de Saúde; e
- X - Fundação Oswaldo Cruz.

§ 1º O Grupo Executivo do PNCD será coordenado e designado pelo Secretário de Vigilância em Saúde e cada órgão indicará um representante e respectivo suplente, preferencialmente o titular ou seu substituto.

§ 2º O Coordenador do Grupo Executivo poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicos ou privados, para participarem das reuniões por ele organizadas.

Art. 3º Compete ao Grupo Executivo do PNCD:

- I - acompanhar a execução das ações previstas pelo PNCD;
- II - promover as articulações necessárias para a eficaz implementação das ações de prevenção e controle da dengue, assim como a assistência aos pacientes, inclusive com Estados e Municípios;
- III - atuar nas restrições identificadas para adoção das medidas integrantes dos planos de combate à dengue;
- IV - acompanhar a alocação dos recursos orçamentário-financeiros necessários para implementação das ações.

Art. 4º Ficam os integrantes do Grupo Executivo responsáveis pelo desenvolvimento das ações previstas nos componentes do PNCD, dentre elas:

- a) Vigilância epidemiológica;
- b) Combate ao vetor;
- c) Ações de saneamento ambiental;
- d) Ações integradas de educação em saúde, comunicação e mobilização social;
- e) Capacitação de recursos humanos;
- f) Assistência básica, média e alta complexidade;
- g) Legislação; e

h) Sustentação político-social.

Art. 5º A participação no Grupo Executivo não ensejará remuneração e será considerada serviço público relevante.

§ 1º O Coordenador do Grupo Executivo será substituído, em suas ausências, pelo Coordenador do PNCD.

§ 2º O Grupo Executivo reunir-se-á, mensalmente, por convocação de seu Coordenador, com registro em ata dos assuntos deliberados.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ AGENOR ÁLVARES SILVA

PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 2.144 DE 10 DE OUTUBRO DE 2008

Institui Grupo Executivo Interministerial para os fins que especifica.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, A MINISTRA DE ESTADO CHEFE DA CASA CIVIL, O MINISTRO DE ESTADO CHEFE DA SECRETARIA DE COMUNICAÇÃO SOCIAL DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, O MINISTRO DE ESTADO DAS CIDADES, O MINISTRO DE ESTADO DA DEFESA, O MINISTRO DE ESTADO DA EDUCAÇÃO, O MINISTRO DE ESTADO DA INTEGRAÇÃO NACIONAL, O MINISTRO DE ESTADO DA JUSTIÇA, O MINISTRO DE ESTADO DO MEIO AMBIENTE e o MINISTRO DE ESTADO DO TURISMO, INTERINO, no uso das atribuições que lhes confere o inciso II do parágrafo único do art. 87 da Constituição,

R E S O L V E M:

Art. 1º Fica instituído Grupo Executivo Interministerial com a finalidade de implementar medidas intersetoriais para redução de fatores determinantes da infestação do *Aedes aegypti*, visando à prevenção e ao controle de epidemias de dengue.

Art. 2º O Grupo Executivo Interministerial será composto por representantes dos seguintes órgãos:

- I - Ministério da Saúde, que o coordenará;
- II - Casa Civil da Presidência da República;
- III - Secretaria de Comunicação Social;
- IV - Ministério das Cidades;
- V - Ministério da Defesa;
- VI - Ministério da Educação;
- VII - Ministério da Integração Nacional;
- VIII - Ministério da Justiça;
- IX - Ministério do Meio Ambiente; e
- X - Ministério do Turismo.

§ 1º Cada órgão indicará um representante e o respectivo suplente dentre os secretários de sua Pasta, a serem designados pelo Ministro de Estado da Saúde.

§ 2º O Coordenador do Grupo Executivo Interministerial poderá convidar representantes de outros órgãos e entidades, públicos ou privados, para participarem das reuniões por ele organizadas.

Art. 3º Compete ao Grupo Executivo Interministerial:

I - discutir, aprovar e implementar ações de prevenção, controle e atenção ao paciente com dengue;

II - promover as articulações necessárias para a eficaz implementação das ações de prevenção e controle, inclusive com Estados e Municípios; e

III - elaborar relatórios bimensais para encaminhamento aos titulares dos órgãos nele representados.

Art. 4º A participação no Grupo Executivo Interministerial não ensejará remuneração e será considerada serviço público relevante.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSÉ GOMES TEMPORÃO
Ministro de Estado da Saúde

DILMA VANA ROUSSEFF
Ministra de Estado-Chefe da Casa Civil

FRANKLIN DE SOUZA MARTINS
Ministro de Estado Chefe da Secretaria de
Comunicação Social da Presidência da República

MARCIO FORTES DE ALMEIDA
Ministro de Estado das Cidades

NELSON JOBIM
Ministro de Estado da Defesa

FERNANDO HADDAD
Ministro de Estado da Educação

GEDDEL QUADROS VIEIRA LIMA
Ministro de Estado da Integração Nacional

TARSO GENRO
Ministro de Estado da Justiça

CARLOS MINC
Ministro de Estado do Meio Ambiente

LUIZ EDUARDO PEREIRA BARRETO FILHO
Ministro de Estado do Turismo, Interino