

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA**

MARCELO ALVES FERREIRA

**PLANO DE AÇÃO NO COMBATE A DENGUE:
EDUCAR PARA EVITAR**

**BELO HORIZONTE - MG
2015**

MARCELO ALVES FERREIRA

**PLANO DE AÇÃO NO COMBATE A DENGUE:
EDUCAR PARA EVITAR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Estratégia Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Maria Lígia Mohallem Carneiro

**BELO HORIZONTE – MINAS GERAIS
2015**

MARCELO ALVES FERREIRA

**PLANO DE AÇÃO NO COMBATE A DENGUE:
EDUCAR PARA EVITAR**

Banca Examinadora

Examinador 1: Prof.^a Maria Ligia Mohallem Carneiro – UFMG - Orientadora

Examinadora 2:– Prof.^a Maria Dolôres Soares Madureira- UFMG

Aprovado em Belo Horizonte, em 08 de junho de 2015.

RESUMO

A dengue é a mais importante arbovirose transmitida por inseto que acomete o homem na atualidade, há mais de 100 países com cerca de 03 bilhões de pessoas expostas. Seguidas epidemias vem ocorrendo ano após ano no Brasil, na região sudeste, especialmente em Minas Gerais e no ano de 2014 houve 59.222 notificações de casos de dengue. A cidade de Divinópolis segue a mesma tendência, com 4.680 notificações e 4.139 casos confirmados e seis óbitos, apesar das ações da vigilância epidemiológica presente no município. A região sudeste da cidade compreende vários bairros, entre eles, o Bairro Santos Dumont, área de atuação da Unidade Básica de Saúde Santos Dumont que notificou 101 casos de dengue em 2014. Diante deste quadro surgiu a necessidade de intensificar as ações educativas em parceria com as escolas locais, tendo em vista o Programa Saúde na Escola, nos grupos de diabéticos e hipertensos e com os usuários da UBS Santos Dumont com o objetivo de reduzir o número de casos da doença. Este estudo tem como objetivo elaborar um plano de ação com a participação e mobilização popular visando à realização de mutirões de limpeza, mapeamento dos lotes sujos, e intensificação das ações educativas, com foco na autonomia da comunidade para que a mesma tenha uma visão crítica sobre os novos processos de saúde e doença, e ainda conscientizar as pessoas para que possam ter condições de promover e prevenir situações que podem trazer prejuízos a sua saúde.

Palavras-chave: Dengue. Educação em saúde. Enfermagem. Controle de vetores *Aedes Aegypti*.

ABSTRACT

Dengue is the most important arboviral disease transmitted by insect that affects humans today; there are more than 100 countries with about 03 billion people exposed. Followed epidemics has been happening year after year in Brazil, in the southeast, especially in Minas Gerais, in 2014 there were 59222 reports of dengue cases. The Divinopolis follows the same trend, with 4680 notifications and 4139 confirmed cases and 6 deaths, despite the actions of epidemiological surveillance in this city. The southeastern region of the city consists of several neighborhoods, including the Neighborhood Santos Dumont, Unit's operating area Basic Health Santos Dumont who reported 101 cases of dengue in 2014. Given this situation arose the need to intensify educational activities in partnership with local schools, with a view to the School Health Program, diabetics and hypertensive groups and users of UBS Santos Dumont in order to reduce the number of cases of the disease. This study aims to develop an action plan with the participation and popular mobilization for the realization of clean-ups, mapping of dirty lots, and intensification of educational activities, focusing on community autonomy so that it has a critical view of new health and disease processes, and also make people aware that they may be able to promote and prevent situations that can bring harm to your health.

Keywords: Dengue. Health education; Nursing; Vector control; *Aedes aegypti*.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BR- Brasil

CNES- Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DATASUS- Departamento de Informática do SUS

FHD – Febre Hemorrágica por Dengue

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IDH - Índice de Desenvolvimento Humano

MG- Minas Gerais

NOB- Norma Operacional Básica

OPAS- Organização Pan-americana da Saúde

PIACD- Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue

PSDB- Partido da Social Democracia Brasileiro

SEMUSA- Secretaria Municipal de Saúde

SIAB- Sistema de Informação da Atenção Básica

SINAN- Sistema de Informações de Agravos de Notificação

SIS- Sistema Integrado de Saúde

SUS- Sistema Único de Saúde

UBS- Unidade Básica de Saúde

UBV- Ultra Baixo Volume

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	8
1.1. Contexto Geral	9
1.1.1 Identificação do Município	9
1.1.2 Histórico de Criação Do Município	9
1.1.3 Aspectos Geográficos, Socioeconômicos e Demográficos	10
1.1.4 Saúde em Divinópolis.....	10
1.1.5 Sistema Local de Saúde	11
1.1.7 Sistema Local de Educação.....	13
1.2. Diagnóstico Situacional	14
1.2.1 Unidade Básica de Saúde – Bairro Santos Dumont.....	14
1.2.2 Recursos Humanos.....	15
2. JUSTIFICATIVA	21
3. OBJETIVOS	22
3.1. Objetivo Geral.....	22
3.2. Objetivos Específicos.....	22
4. BASES CONCEITUAIS	23
4.1 Aspectos Gerais da Doença	23
4.2 Etiologia	24
4.3. Aspectos Epidemiológicos	24
4.4. Medidas Educativas.....	27
4.5. Controle	29
4.6 Atuação da Atenção Básica no Controle da Dengue.....	29
5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	32
5.1. Primeiro Passo: Definição dos Problemas.....	32
5.2. Segundo Passo: Priorização dos Problemas.....	32
5.3. Terceiro Passo: Descrição do Problema Selecionado.....	32
5.4. Quarto passo: Explicação do Problema.....	33
5.5. Quinto Passo: Seleção dos “Nós Críticos”.....	33
5.6. Sexto Passo: Desenho de Operações para os “Nós Críticos” do Problema...	34
5.7. Sétimo Passo: Identificação dos Recursos Críticos.....	34
5.8. Oitavo Passo: Análise de Viabilidade do Plano	35
5.9. Nono Passo: Elaboração do Plano Operativo.....	37
5.10. Décimo Passo: Gestão do Plano	37
5.12. Resultados esperados.	39
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS	42

1. INTRODUÇÃO

A dengue representa hoje um grave problema de saúde pública e segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) está presente em todo território nacional e tem se mostrado cada vez mais de difícil controle nos últimos anos, os hábitos da vida moderna, com aumento do consumo de bens não biodegradáveis. Isto ampliou a oferta de criadouros para o mosquito nos domicílios e peridomicílios e com base nesses fatos, a participação popular no controle dos focos se tornou essencial.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) a doença tem se mostrado como um dos maiores desafios para a saúde pública nos países em desenvolvimento, com grande impacto socioeconômico. Estima-se um número de casos a beira dos 100 milhões/ano e destes 500 mil desenvolve a forma grave, a Febre Hemorrágica.

Desde 1986 o Brasil tem apresentado sucessivas epidemias segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002). No Estado de Minas Gerais somente em 2013 foram registrados 416.252 casos de dengue, com 104 óbitos. Em 2014 houve uma grande redução de cerca de 85,77%, contudo, “dos 45 casos graves 44 evoluíram para óbito” (BRASIL, 2014. p. 2).

Frente a este quadro segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) é preciso repensar o papel da sociedade no apoio e combate a dengue. No Brasil exceção feita alguns casos, não é tradição cultural o envolvimento dos setores sociais em causas como a dengue, por exemplo, estamos na contramão de nossos vizinhos latino-americanos onde a cooperação faz parte da cultura.

Em Divinópolis segundo balanço publicado em 17/12/2014 pela Secretaria Municipal de Saúde em 2014 foram notificados 4.680 casos suspeitos de dengue, com 4.139 casos confirmados; ainda de acordo com Secretaria de Estado da Saúde neste ano de 2014 ocorrem 06 óbitos por complicações da dengue.

Frente a esse grave problema de saúde pública que necessita da cooperação de todos os cidadãos, é necessário insistir e intensificar as ações educativas nas escolas, nas associações de bairro, nas igrejas, pois essa é única ferramenta capaz de produzir no cidadão uma autonomia para o cuidado com a sua saúde e da comunidade, conforme afirmam Valente *et al.* (2012), Girão *et al.* (2014), que as atuais estratégias de controle vetorial e responsabilização dos cidadãos não tem mais efeito efetivo no combate ao mosquito *Aedes Aegypti*.

Este estudo tem o objetivo de despertar na população de Divinópolis, especialmente na comunidade adscrita da Unidade de Saúde Santos Dumont, para uma visão crítica sobre os novos processos de saúde e doença, e ainda conscientizar as pessoas para que possam ter condições de promover a saúde e prevenir situações que podem trazer prejuízos a ela.

1.1. Contexto Geral

1.1.1. Identificação do Município

Segundo o IBGE (BRASIL; 2008) o município de Divinópolis está localizado no Centro Oeste Mineiro, banhado pelas bacias do rio Itapecerica e rio Pará. Faz limites com os seguintes municípios: Nova Serrana (Norte), Perdígão (Noroeste), Santo Antônio do Monte (Oeste), São Sebastião do Oeste (Sudoeste), Cláudio (Sul), Carmo do Cajuru (Leste) e São Gonçalo do Pará (Leste), -20,13889 (latitude Sul) - 44,88389 (longitude Oeste). Pertence à macro região do Alto São Francisco, situando-se em sua margem direita. O acesso pelo interior de São Paulo é pela MG-050, pela capital mineira são 117 km e o acesso é pela face norte da MG-050, o acesso pela face leste é pela BR-494.

1.1.2. Histórico de Criação do Município

Segundo IBGE (BRASIL, 2008), a povoação se deu a cerca de dois séculos atrás com o deslocamento de colonos em fuga da perseguição política da época; escolheram o sertão da Itapecerica liderados na época pelo colonizador Manoel Fernandes de Miranda, cujo apelido era Candidés, devido aos índios que habitavam a região naquela ocasião. Em 1710 foram anistiados pela coroa e deu início a povoação do local, fora construída uma capela consagrada ao Divino Espírito Santo e São Francisco de Paula, com a chegada da linha férrea o município ganhou muito em desenvolvimento. Assim o distrito foi criado com o nome de Henrique Galvão subordinado a Vila de Itapecerica pela Lei Provincial n.º 138, 03-04-1839, e Lei Estadual n.º 2, de 14-09-1891 e elevado à categoria de Vila com a denominação de Henrique Galvão, pela Lei Estadual n.º 556, de 30-08-1911. Desmembrando-se de Itapecerica pela Lei Estadual n.º 590, de 03-09-1912, a Vila de Henrique Galvão,

passou a denominar-se Divinópolis elevada à condição de cidade pela Lei Estadual n.º 663, de 18-09-1915.

1.1.3. Aspectos Geográficos, Socioeconômicos e Demográficos

O município está localizado no centro-oeste mineiro, a economia da cidade é baseada na indústria têxtil e na siderurgia, tendo um comércio de artigos de vestuário muito atuante no mercado. Segundo IBGE (BRASIL, 2010) a cidade tem 8012 empresas atuantes com uma população de empregados assalariados de 54.909 com renda mensal de 2,2 salários mínimos.

1.1.4. Saúde em Divinópolis

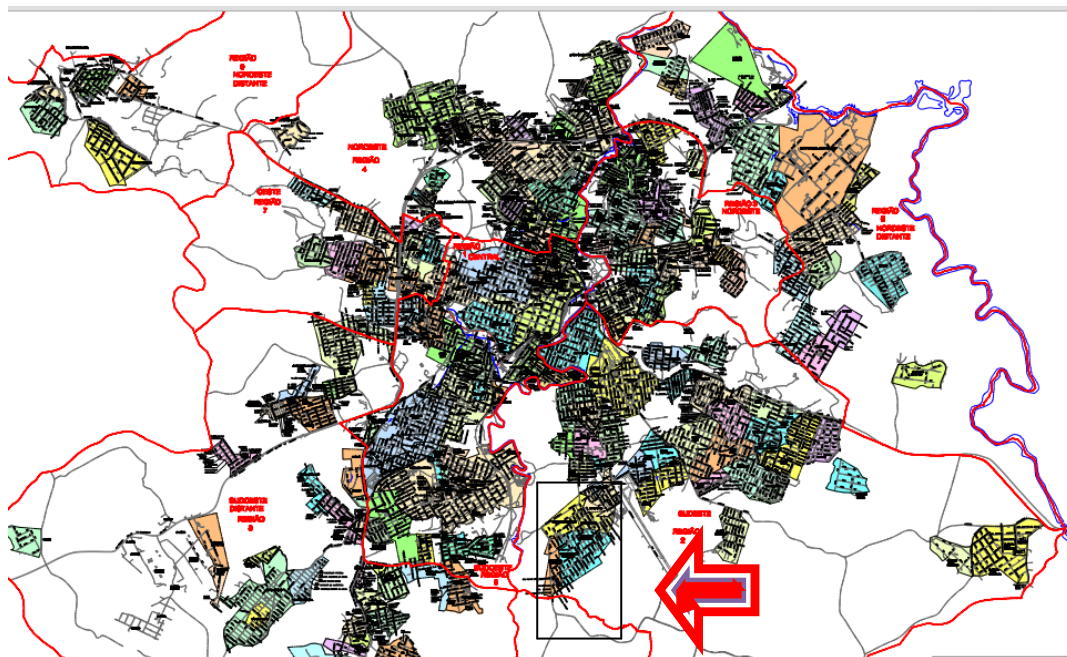
Segundo Machado *et al.* (2013) Divinópolis se destaca no centro oeste mineiro como importante polo para a saúde na média e alta complexidade, é sede da Macrorregião Oeste de Saúde, que abrange 6 microrregiões, somando no total 55 municípios, sendo sede da Gerencia Regional de Saúde, destacando-se no cenário como uma das 10 cidades mais importantes de Minas Gerais. Contudo conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) na Atenção Primária a cidade não apresenta um bom desempenho com apenas 20,3% de cobertura de PSF.

No ano de 2014 a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) credenciou o município no Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB), criado pela Portaria Interministerial Ministério da Saúde/Ministério da Educação nº 2087 de 01 de setembro de 2011 com o objetivo de estimular e valorizar o profissional de saúde para atuar nos municípios onde é de difícil acesso, e regiões metropolitanas com escassez de profissionais. O trabalho é desenvolvido em conjunto com a equipe multiprofissional na Atenção Básica local, sendo uma grande oportunidade para médicos, enfermeiros, dentistas recém-formados atuarem na equipe de saúde da família.

Assim em 2014 foram contratados cinco enfermeiros pelo Ministério da Saúde para atuar no Programa Saúde na Escola por um ano, sem prejuízo das atividades de rotina na Unidade Básica de Saúde (UBS). O enfermeiro trabalha prioritariamente com atividades educativas nas escolas existentes na área de abrangência da UBS, realizando atividades de avaliação da saúde dos escolares como: peso e medida,

acuidade visual, aferição de pressão arterial, atualização do calendário vacinal, alimentação, promoção de saúde, rastreamento para doenças como hanseníase, glaucoma, tracoma, helmintíases e encaminhamentos para consultas especializadas, tornando-se um importante elo entre a saúde e a educação.

Mapa 1 - Cidade de Divinópolis – MG. Região Sudeste



Fonte: Prefeitura de Divinópolis. <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/paginas/geograficos/imagens/mapacidade.pdf>.

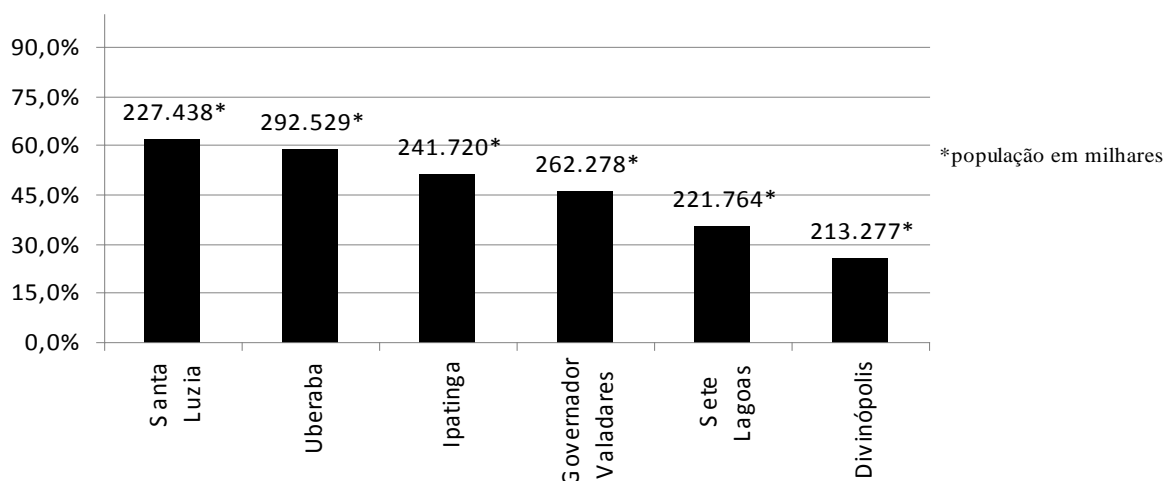
A administração municipal está há oito anos com o PSDB tendo a frente do município o senhor Vladimir Faria de Azevedo, sendo seu Secretário de Saúde o Senhor David Maia d'Oliveira, como coordenadora da Atenção Básica de Saúde a Enfermeira Inês Alcione e Coordenadoras da Saúde Bucal Ronara Machado e Lívia Melo Nere. Segundo o IBGE (BRASIL, 2010) o município tem uma população estimada em 226.345 habitantes.

1.1.5. Sistema Local de Saúde

Criado no ano 1991 segundo o Estatuto dos Conselhos Distritais de Saúde (DIVINÓPOLIS, 1998), o Conselho Municipal de Saúde foi instituído pela Lei Municipal 004/91 composto por usuários trabalhadores de saúde, prestadores de serviço e gestores. Nesse período ocorreram as primeiras Conferências Municipais de Saúde, e a criação dos seis Conselhos Distritais que atuam até hoje, a formação dos Conselhos Locais de Saúde, agregados às equipes de Saúde da Família.

Quanto à Estratégia de Saúde da Família, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) Divinópolis possuía em fevereiro de 2010 apenas 20,3% de cobertura de Atenção Básica. Em dezembro de 2014 segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), a cobertura estimada não passava dos 46,02% da população, classificando-se como o menor índice do Estado quando comparado a outros municípios de mesmo porte, conforme gráfico abaixo.

Gráfico 1 Cobertura pela Estratégia de Saúde da Família - Divinópolis – MG - 2010



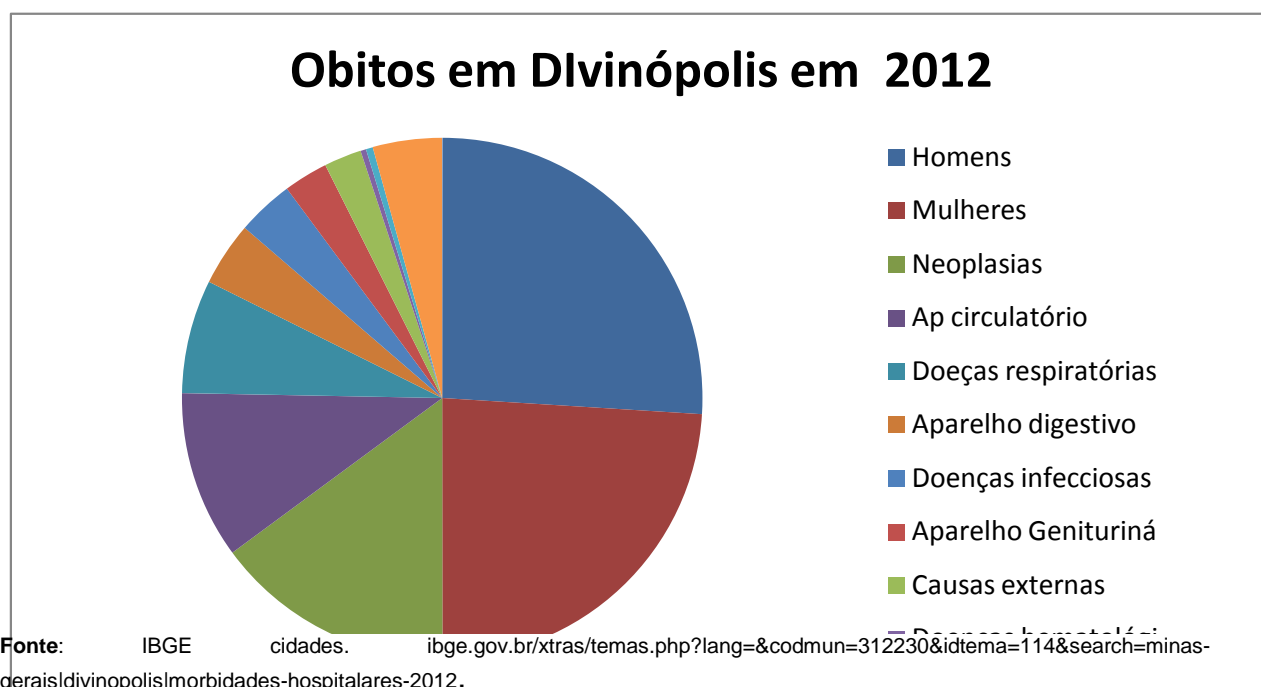
Fonte: Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais - Programa Saúde em Casa
http://www.saude.mg.gov.br/politicas_de_saude/programa-saude-em-casa

Com relação aos estabelecimentos de saúde, segundo dados do IBGE (BRASIL, 2009) a cidade conta com três hospitais particulares: Santa Mônica, Santa Lúcia e São Judas Tadeu e um filantrópico: São João de Deus, totalizando 555 leitos sendo que destes 352 são leitos contratados pelo SUS. Segundo ainda o IBGE (BRASIL, 2009) o município conta com 38 estabelecimentos de saúde municipais, de acordo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES: são 15 Centros de Saúde e 20 Equipes de Saúde da Família. O serviço de atendimento ambulatorial conta com 68 estabelecimentos sendo que 41 têm convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS).

1.1.6. Número de Óbitos por Causa – Divinópolis, 2012.

De acordo com dados do IBGE (BRASIL, 2012), em 2012 foram registrados 581 óbitos, sendo 302 homens e 279 mulheres; as doenças neoplásicas foram responsáveis por 173 óbitos/29,77%, do aparelho circulatório foram responsáveis por 121 óbitos/20,8% das mortes, seguidas pelas doenças respiratórias: 82/14.11%, óbitos por doença do aparelho digestivo: 46/7, 9%, doenças infecciosas e parasitárias: 41 óbitos/7,0%, óbitos por doenças do aparelho geniturinário: 32/5,5%, mortes por causas externas 27/4,64%, óbitos por doenças relacionadas ao sangue, órgãos hematológicos, transtornos imunitários 4/0,6%, óbitos por doenças de pele e do tecido subcutâneo total de 5/0,86%, outras mortes somam 8,6%. Estes dados estão representados no gráfico abaixo:

Gráfico 2 - Número de Óbitos por Causa. Divinópolis – 2012



1.1.7. Sistema Local de Educação

O município, segundo IBGE (BRASIL, 2012) tem 1589 docentes atuando na rede de educação básica, no ensino médio conta com 562 docentes, no ensino fundamental 739 docentes e a educação infantil com 288 docentes. O ensino fundamental conta com uma rede de 88 escolas sendo 26 privadas, 30 da rede pública estadual e 32 da rede municipal. O ensino médio tem um total de 29 escolas, sendo oito privadas, 20 da rede estadual e uma da rede federal. Ainda segundo o

IBGE (BRASIL, 2012) são 27.484 alunos matriculados no ensino fundamental, 8.211 no ensino médio, 4.808 na pré-escola. Segundo o IBGE (BRASIL, 2010) o índice de desenvolvimento humano – IDH ficou em 0,764 acima da média nacional que é de 0,730.

1.2. Diagnóstico Situacional

1.2.1. Unidade Básica de Saúde – Bairro Santos Dumont

A unidade básica de saúde em que atuo está localizada a Rua Lírios do Vale, 141, Bairro Santos Dumont, telefone (37) 3215.3674, local de fácil acesso com rua pavimentada. Funciona de 07h00min as 11h00min horas e de 13h00min as 17h00min horas, de segunda a sexta-feira segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES (BRASIL, 2014).

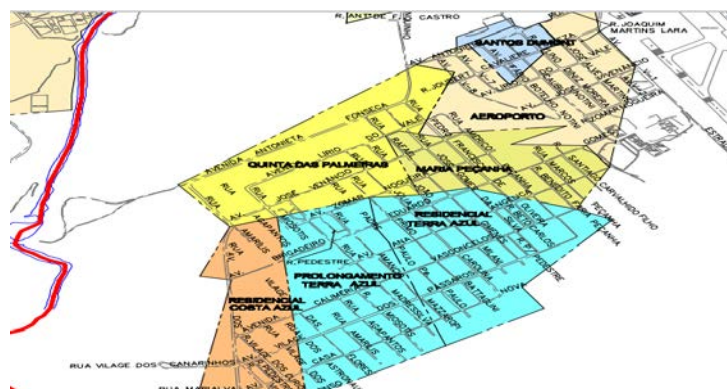
Foto 1 - Unidade Básica de Saúde Santos Dumont - Divinópolis-MG 2014



Fonte: https://www.google.com.br/maps/place/Rua+Jos%C3%A9+Ven%C3%A2ncio,+218+-+Aeroporto/@-20.175673,44.877455,3a,75y,161.55h,90t/data=!3m4!1e1!3m2!1sLj6mpeG5CZyGTTQQ_cwTA!2e0!4m2!3m1!1s0xa0a4e2a9c17ea5:0x429732233cce4192

A área de abrangência da UBS Santos Dumont compreende a região sudoeste da cidade de Divinópolis, composta pelos bairros Santos Dumont, Maria Peçanha, Quinta das Palmeiras, Costa Azul e Terra Azul.

Mapa 2 - Área de Abrangência da UBS Santos Dumont. – Divinópolis-MG 2014.



Fonte: Prefeitura Municipal de Divinópolis. file:///C:/Users/note/Desktop/mapacidade%20(1)%20(1).pdf

1.2.2. Recursos Humanos

Segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2014), a equipe é composta por um enfermeiro da estratégia de saúde da família com 40 horas semanais, um cirurgião dentista com carga horária de 40 horas semanais, um médico clínico com 40 horas semanais, um agente de serviços gerais de 40 horas semanais, 4 agentes comunitários de saúde com 40 horas semanais e um auxiliar de saúde bucal de 40 horas semanais. Conforme quadro abaixo:

Quadro 1 - Equipe de Saúde do UBS Santos Dumont 2014.

	Nome	Dt. Entrada	CNS	Dt. Atribuição	CBO	CH Outros	CH Amb.	CH Hosp.	Total
6	CLARISSA TEODORA DE ALMEIDA E SILVA	12/08/2009	2,07254E+14	01/06/2007	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
7	CLAUDIO ADRIANO MARTINS BOTELHO	24/08/2009	9,80016E+14	18/04/2009	223293 - CIRURGIÃO DENTISTA DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
8	GRACIELE APARECIDA DE SOUZA	01/01/2010	9,80016E+14	23/05/2007	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
9	LUIS ALBERTO MONTUO VASQUES	24/03/2014	1,80576E+14	01/06/2007	225125 - MEDICO CLINICO	0Hs.	8Hs.	00Hs.	8Hs.
10	MARCELO ALVES FERREIRA	06/03/2014	9,80016E+14	05/07/2013	223565 - ENFERMEIRO DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
11	MARIANA CALISTO DE ASSIS	01/08/2013	9,80016E+14	07/07/2012	131210 - GERENTE DE SERVICOS DE SAUDE	0Hs.	8Hs.	00Hs.	8Hs.
12	MARIANA DA SILVA XAVIER MORAES	05/02/2013	9,80016E+14	06/04/2013	322245 - TECNICO DE ENFERMAGEM DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
13	MARIELLE BATISTA	24/08/2009	9,80016E+14	13/09/2009	322430 - AUXILIAR EM SAUDE BUCAL DA ESTRATEGIA DE SAUDE DA FAMILIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
14	PAMELA VITORIA DA SILVA	07/04/2014	9,80016E+14	07/11/2013	223605 - FISIOTERAPEUTA GERAL	0Hs.	4Hs.	00Hs.	4Hs.
15	ROSANA GIAROLA DE PAULA	01/01/2010	9,80016E+14	23/05/2007	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
16	ROSILENE RIBEIRO REIS	04/07/2011	9,80016E+14	24/08/2011	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
17	SUZANA MARIA DE LOURDES ARRUDA	01/01/2010	1,90022E+14	01/06/2007	225142 - MEDICO DA ESTRATEGIA DE SAUDE	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.
18	THAISA RESENDE DE FARIA	01/04/2014	7,04202E+14	13/04/2014	515105 - AGENTE COMUNITARIO DE SAUDE DA FAMILIA	0Hs.	40Hs.	00Hs.	40Hs.

Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde.

Segundo o Sistema Integrado de Saúde - SIS, a Unidade Santos Dumont tem uma população cadastrada de 2.208 habitantes com um número estimado de 673

famílias. Quanto ao nível de escolaridade da população adscrita, assim está distribuída: doutorado 2, mestrado 1, pós-graduação 1, superior completo 22, superior incompleto 9, fundamental incompleto 123, ensino médio completo 287, fundamental incompleto 1105, médio incompleto 424, analfabetos 226 e não informado 08, sendo assim a taxa de analfabetismo é 10,23%%, acima da média nacional conforme o censo do IBGE (BRASIL, 2010) que foi de 9,6% conforme quadro abaixo:

Quadro 2 - Nível de escolaridade da população de referência da UBS Santos Dumont 2014.

NÍVEL DE ESCOLARIDADE											
	Doutorado	Mestrado	Pós-graduação	Superior	Superior Incompleto	Fundamental Completo	Ensino médio	Ensino médio incompleto	Fundamental incompleto	Analfabeto	Outros
M1	0	0	0	2		20	33	52	240	39	3
M2	1	1	1	15	5	62	102	90	228	47	3
M3	0	0	0	4	2	11	38	252	164	54	1
M4	1			1	2	30	114	30	473	86	1
Sub total	2	1	1	22	9	123	287	424	1105	226	8
POPULAÇÃO TOTAL							2208				

Fonte: Sistema Integrado de Saúde, 2014.

1.2.3. Doenças Crônicas

Com relação às doenças crônicas segundo o Sistema Integrado de Saúde, há na comunidade 199 clientes com hipertensão arterial, com diabetes 68 clientes, com alguma deficiência 6, com doença de chagas 1, alcoolismo 1, epilepsia 3 e com 8 gestantes.

Quadro 3 - Total de Hipertensos e Diabéticos da UBS por Microárea. Divinópolis – MG 2014.

HIPERTENSOS E DIABÉTICOS POR MICROÁREA					
ACS	Gracielle	Suzana	Rosana	Rosilene	TOTAL
MICROÁREA	M1	M2	M3	M4	
Hipertensão	22	58	16	103	199
Diabéticos	5	21	3	39	68

Fonte: Sistema Integrado de Saúde de Divinópolis SIS 2014.

1.2.4. Doenças Endêmicas – A Dengue

A Dengue é uma doença de origem africana que foi introduzida no país segundo Valente *et al.* (2012) por volta do século XIX: encontrando no Brasil um clima e condições muito favoráveis a sua multiplicação, mesmo sendo uma doença antiga o mosquito transmissor da dengue se mostra cada vez mais de difícil controle.

Todo ano atinge milhões de pessoas em todo mundo e no Brasil. As seguidas epidemias levaram o tema a ser discutido em vários setores como escolas, veículos de comunicação, nos setores de saúde e também pela sociedade civil. Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), de acordo com os dados contidos no Boletim Epidemiológico da 53ª Semana Epidemiológica, foram registrados no país 591.080 casos da doença, sendo que a região Sudeste teve o maior número de casos: 312.318 casos/ 52,8%, Minas Gerais aparece com 18,96% deste total. A cidade de Divinópolis apresentou, segundo a Secretaria Municipal de Saúde, 4.680 casos notificados e segundo a Secretaria de Estado da Saúde foram notificados 06 óbitos confirmados, conforme quadro abaixo, sendo que assim a cidade vem enfrentando seguidas epidemias de Dengue, tornando-se um dos problemas que mais preocupa a comunidade.

Quadro 4 - Casos de Óbitos por Dengue Grave em Minas Gerais - 2014

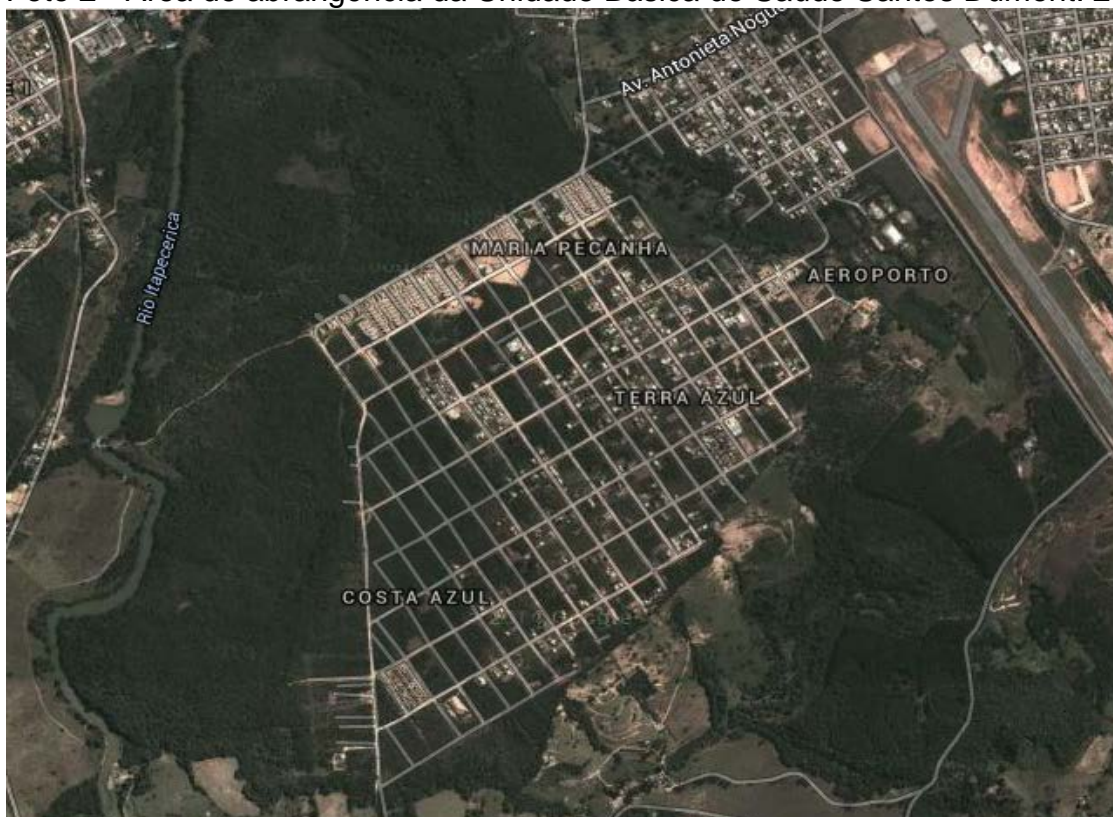
Municípios	Óbitos confirmados
Araxá	1
Araújos	1
Campo Belo	1
Candeias	1
Curvelo	1
Divinópolis	6
Dores do Indaiá	1
Formiga	1
Fronteira	1
Frutal	1
Itabira	1
Itaúna	2
Ituiutaba	1
Juiz de Fora	4
Natalândia	1
Nova Serrana	1
Passos	8

Paracatu	3
Prata	1
Sabará	1
Santa Barbara	1
Santa Luzia	1
Santos Dumont	1
Santa Margarida	1
Uberlândia	3
Três Corações	1
Total 47	

Fonte: SINAN ONLINE e DVA/SVEAST/SubVPS/SES MG

O grande número de terrenos baldios e lotes vagos são apontados pelos moradores como principal causa do aumento dos focos do mosquito *Aedes Aegypti*. A foto abaixo mostra o aglomerado, ainda pouco habitado, onde existem muitas áreas onde há somente vegetação nativa, o que favorece o descarte inadequado de lixo e entulhos, recipientes que acumulam água, se tornando grande criadouro do mosquito transmissor da dengue.

Foto 2 - rea de abrangência da Unidade Básica de Saúde Santos Dumont. 2014



Fonte: <https://www.google.com.br/maps/@-20.1840183,-44.8801014,180m/data=!3m1!1e3>

A região ocupada pela população da área de abrangência da UBS Santos Dumont é uma região de cerrado. Segundo o IBGE (BRASIL, 2010) o Índice de Desenvolvimento Humano - IDH é 0,764 acima da média nacional que de 0,730. A cidade apresentou crescimento populacional no período de 1991 a 2010 correspondentes a 28,89%, porém os investimentos em infraestrutura como pavimentação e saneamento básico, não acompanharam a taxa de crescimento da cidade, algo comum em grandes cidades e cidades de médio porte no país. Na área do bairro ainda há presença de mata nativa, com ocupação não planejada, a população convive com riscos eminentes para a sua saúde.

Segundo Valente *et al.* (2012), diante do aumento dos casos de dengue, estratégias tradicionais parecem não terem mais o mesmo efeito de outrora. É necessário o envolvimento de todos os setores sociais para buscar o controle da situação com ações de educação e saúde que podem ser mais efetivas do que apenas medidas unilaterais baseada em estatísticas ministeriais.

Após os vários casos atendidos na UBS, o que se percebe é que ninguém assume que o foco do mosquito possa estar na sua casa, conforme afirmam Valente *et al.* (2012), que a culpa é sempre dos vizinhos que não fazem a sua parte, o que torna relevante afirmar ser a negação da “questão da culpabilização individual e a culpabilização do outro” (VALENTE, 2012., p.2990). Outro dado que chama a atenção, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (DIVINÓPOLIS, 2014), é que os levantamentos indicam que 94,15% dos focos de dengue estão dentro das residências. O relato que os criadouros estão sempre na casa do vizinho, esse é com certeza o maior “nó crítico” que precisa ser desconstruído: o cidadão se preocupa com o vizinho e se esquece do seu domicílio.

Segundo balanço divulgado pela Secretaria Municipal de Saúde (DIVINÓPOLIS, 2014), os 4.139 casos confirmados mais os exames que ainda aguardam os resultados, sinalizam para cidade que tem muito trabalho para enfrentar esse grave problema de saúde pública. Os bairros Nossa Senhora das Graças, Centro, São José, Interlagos, Niterói, Porto Velho, Planalto, Santos Dumont, Belvedere e Bom Pastor foram responsáveis por 30.27% dos casos notificados na cidade. Em média a UBS Santos Dumont em relação à população adscrita, apresentou um percentual de 2,15% da população total com casos notificados, como se pode observar no quadro abaixo.

Quadro 5 - Número de casos de Dengue em Divinópolis – 2014

BAIRROS COM MAIORES NÚMEROS DE CASOS DE DENGUE EM DIVINÓPOLIS										
Bairros	*NSG	CENTRO	São JOSÉ	INTERLAGOS	NITERÓI	PORTO VELHO	PLANALTO	SANTOS DUMONT	BELVEDERE	BOM PASTOR
	307	350	192	123	124	108	104	101	98	96
TOTAL										1417

*NOSSA SENHORA DAS GRAÇAS

Fonte: Prefeitura Municipal de Divinópolis <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/noticia.php?id=10980.2014>.

Segundo Valente *et al.* (2012) a prática de jogar lixo nas ruas como algo do cotidiano, mesmo sabendo que essa ação remete aos próprios moradores e a falta de coleta seletiva regular levam ao acúmulo de recipientes de plásticos, que durante o período chuvoso tornam-se criadouros do mosquito. Esse também é um importante tema que necessita ser trabalhado desde a pré-escola, em várias oportunidades como reunião de bairros, em eventos esportivos e festivos, pois somente com educação da população, se pode mudar essa realidade.

2. JUSTIFICATIVA

A enfermagem é uma arte: cuidar, prevenir e proteger a saúde, o enfermeiro que atua na equipe de saúde da família tem importante papel na educação e na proteção de sua população adscrita por estar perto e conhecer a realidade de sua comunidade, Backes, *et al.* (2012).

O conhecimento dos problemas de uma população permite a equipe de Saúde da Estratégia da Família, o planejamento de ações efetivas e eficazes nas principais causas de adoecimento de uma comunidade, além de organizar de maneira ordenada o atendimento da demanda e rotina dos serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde, Backes, *et al.* (2012).

O tema dengue tem relevância por ser a mais importante *arbovirose* que atinge o ser humano na atualidade, trazendo um enorme prejuízo socioeconômico para toda sociedade.

Segundo Figueiredo *et al.* (1992), a dengue é uma doença com alta morbidade e pode evoluir para um quadro grave de hemorragia podendo levar ao óbito. Ainda conforme Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) em oito países do continente americano e asiático, incluindo o Brasil em 2009, foram gastos U\$ 1,8 bilhões somente com despesas ambulatoriais e hospitalares, sem contar os recursos despendidos para vigilância epidemiológica.

Em Divinópolis em 2014 foram notificados 4.680 notificações e 4.139 casos confirmados e os demais aguardando confirmação, segundo a Secretaria Municipal de Saúde.

Ainda outro ponto muito importante é que as pessoas acreditam que o problema é sempre do outro, conforme salientam Valente *et al.* (2012) que a culpa dos casos de dengue é do vizinho, sendo assim ele não se preocupa com a sua residência. Neste mesmo sentido Girão *et al.* (2012) afirmam que devido à adaptação do vetor as áreas domiciliares e peridomiciliares o controle da doença, sem a participação da população está fadado ao fracasso. As ações educação em saúde são uma ferramenta essencial nessa estratégia, proporcionando ao cidadão uma autonomia para cuidar da sua saúde e da prevenção e eliminação do vetor. Portanto uma proposta de intervenção que enfatize esta participação da comunidade, conhecendo suas potencialidades e suas necessidades, justifica a realização deste trabalho.

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo Geral

- ✓ Elaborar um plano de ação com ênfase em educação e saúde com vistas à redução do número de casos de dengue no município de Divinópolis e especificamente na área de abrangência da Unidade de Saúde Santos Dumont.

3.2. Objetivos Específicos

- ✓ Organizar um grupo comunitário de controle e combate ao mosquito *Aedes Aegypti*.
- ✓ Despertar na comunidade adscrita da Unidade de Saúde Santos Dumont uma visão crítica sobre os novos processos de saúde e doença, com a priorização de ações educativas.
- ✓ Descrever os passos de uma proposta de intervenção e acompanhamento de resultados com ênfase em educação e saúde com vista na redução dos focos do vetor transmissor da dengue

4. BASES CONCEITUAIS

4.1. Aspectos Gerais da Doença

A dengue é atualmente a mais importante arbovirose que acomete o ser humano no continente americano, distribuída, segundo Ferreira *et al.* (2009) desde o Uruguai até a costa sul dos Estados Unidos, abrangendo principalmente, Venezuela, Cuba, Brasil e Paraguai, contaminando cerca de mais de 3 bilhões de pessoas em todo mundo.

Segundo Penna (2003), embora o vetor *Aedes Aegypti* não seja natural das Américas, encontrou aqui um ambiente favorável à sua multiplicação. Introduzido no Brasil possivelmente pela África em meados do século XIX, invadiu o país e se expandiu para todo o território nacional.

Segundo Penna (2003) o vetor chegou a ser erradicado de 1967 a 1973, pelo método de aplicação de inseticida de ação residual, que prevalecia por até seis meses; a aplicação se deu em depósitos que continham ou não água parada e também até um metro dos potenciais focos do mosquito. Atualmente com os grandes aglomerados urbanos e com a infestação em todo continente americano, a erradicação do mosquito não é mais viável, por isso o Ministério da Saúde em parceria com Organização Pan-americana da Saúde (OPAS) aderiu o “Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue” (PIACD) que trabalha com a universalidade regional, sincronicidade e continuidade das ações e não na erradicação (FERREIRA *et al.*, 2009, p. 963).

Valente *et al.* (2012), Girão *et al.* (2014) salientam, que é de fundamental importância entender que as atuais estratégias de controle vetorial, onde há responsabilização dos cidadãos e eliminação focal, parecem não ter mais efeito efetivo no combate ao mosquito *Aedes Aegypti*. Diante das seguidas epidemias, há necessidade de uma abordagem mais ampla do problema com a participação efetiva de toda população e de todos os setores da sociedade “enfocando a determinação social do processo saúde-doença e a transdisciplinalidade das ações” (VALENTE *et al.*, 2012, p. 2988).

No Brasil, segundo Ferreira *et al.* (2009), as condições socioambientais, a falta de saneamento, a ausência da coleta seletiva de lixo, a má distribuição de

renda e a baixa escolaridade criaram um ambiente muito favorável à multiplicação do vetor *Aedes Aegypti*.

4.2. Etiologia

Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a Dengue é uma doença febril que em sua forma clássica apresenta como sinais clínicos: dores musculares e nas articulações, cefaleia e dor retro-orbitária, vômitos e diarreia. Para Almeida *et al.* (2008), a dengue é uma doença de curso que varia de forma benigna a grave, pode apresentar a forma clássica, a forma hemorrágica e o choque, sendo que esta última pode levar ao óbito.

No Brasil, segundo a Fundação Oswaldo Cruz (BRASIL, 2008), são encontrados dois vetores da doença: o *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*. A transmissão ocorre quando uma fêmea do inseto pica uma pessoa portadora do vírus, e esta passa por período de incubação, e logo após 10 a 14 dias a fêmea está apta a transmitir o vírus por toda vida, em média, vive em torno de 35 a 40 dias.

4.3. Aspectos Epidemiológicos

Segundo Gonçalves Neto *et al.* (2006), a dengue é considerada como a mais importante arbovirose transmitida por insetos das últimas décadas, atinge a cada ano um maior contingente de pessoas com o vetor aparecendo em mais de 100 países de clima tropical e subtropical.

Em face dessa realidade Ferreira, Veras e Silva (2009) salientam que as sucessivas epidemias de dengue no mundo, especialmente no Brasil, têm mobilizado e preocupado autoridades e a população em geral. No estado de São Paulo houve um grande aumento dos quadros de dengue hemorrágica. Cerca de 80% dos municípios paulistas estão totalmente infestados pelo mosquito *aedes aegypti*. Os motivos pelo quais a sua população aumenta significativamente, pontuam os autores, são a dificuldade em utilização de inseticidas, a contratação de mão de obra qualificada, a precária coleta de lixo, especialmente nas grandes cidades e nas suas regiões periféricas, além de fatores como o clima, criando o ambiente cada vez mais favorável à reprodução do mosquito.

Segundo Mayo *et al.* (2011), em estudo semelhante, salienta que a população brasileira vem sofrendo com seguidas epidemias de dengue há mais de duas décadas; os autores seguem chamando a atenção para o progressivo aumento de número de casos com complicações, seguindo a mesma lógica; um número maior de municípios vem sofrendo com o aparecimento e o aumento de casos de dengue hemorrágica e o aumento dos óbitos por complicações da dengue.

Havendo a predominância de tais características, a dengue tem levado ao alto número de óbitos. Segundo Figueiró *et al.* (2011), isso está associado ainda à imensa massa da população exposta. Contudo salientam os autores que, a doença tem se tornado um dos problemas de saúde reemergentes mais importantes da história. Estima-se que 2,5 bilhões de pessoas estão em risco de contrair a doença, ainda que, por ano são 50 milhões de novos casos. Destes cerca 550 mil necessitam de hospitalização e pelo menos 20 mil evoluem para óbito. Dados epidemiológicos do Ministério da Saúde tem apontado, segundo Figueiro *et al.* (2011), um crescente aumento dos casos de Febre Hemorrágica por Dengue (FHD), e em uma década a taxa de letalidade atingiu 6,8%, destacando-se a região nordeste com maior índice de casos entre 1981 a 2007.

Contudo, salientam Girão *et al.* (2014) que devido à adaptação muito acentuada do vetor nos peridomicílios e domicílios, corroborando estudos da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis (2014) apontaram que 94,15% dos focos de dengue estão dentro das residências, sendo assim a participação do cidadão no controle é de suma importância no controle da doença.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2014), em Minas Gerais a taxa de incidência da doença foi de 285,6 casos para cada 100.000 habitantes; os 45 óbitos indicam um aumento de 33,33% casos fatais, em relação a 2013 que teve um número de casos maior. Quanto ao tipo de vírus circulante, verificou-se a incidência de DENV1 (88,2%), seguido de DENV4 (11,5%), DENV3 (0,3%) e DENV2 (0,0%).

Para implantar as ações de vigilância em saúde, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde repassou para os estados e municípios 30% do valor a ser gasto em todo ano de 2014, cerca de R\$ 363,4 milhões. No mês de dezembro de 2013 a fim de intensificar as ações de combate à dengue, no período de maior incidência, foram fornecidos 100 mil kg de larvicidas, 227 mil litros de adulticida e 10,4 mil kits para diagnóstico.

Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (DIVINÓPOLIS, 2014) há em atividade 94 agentes de saúde públicos efetivos e 14 contratados, sendo a cidade é dividida em setores. De acordo com levantamento rápido do índice de infestação do *aedes aegypti*, realizado em março de 2014, obteve-se um percentual de infestação do mosquito de 3,7% nos domicílios visitados em Divinópolis que representam risco médio para epidemia. Em outubro de 2014, o novo levantamento rápido do índice de infestação apresentou um índice de 0,9%, preocupante visto que o valor muito está muito próximo do tolerado pela Organização Mundial da Saúde que é de 1%. Além disso, as condições climáticas nesse período não favorecem a proliferação do mosquito, por isso pode-se considerar esse valor alto.

Em face dos dados apresentados conforme afirmam Ferreira, Veras e Silva (2009), para o controle da dengue, a participação popular é indiscutivelmente essencial, visto que o vetor habita os domicílios, sendo assim todos tem condições de colaborar fiscalizando suas moradias. O PNCD destaca as ações educativas como forma de preparar a comunidade para adoção de comportamentos que protejam a saúde coletiva. Ainda segundo os autores, durante as epidemias há todo um clamor da mídia e do poder público no sentido de mobilizar a comunidade para o controle da doença, porém nos períodos de menor incidência esse apelo perde a intensidade o tema acaba no esquecimento, sendo apresentado somente no próximo período de infestação e transmissão da doença.

Ferreira, Veras e Silva (2009), em análise do índice de participação da população de 16 municípios paulistas, detectaram que em mais da metade destes municípios a participação era muito baixa, em consequência, o número de pessoas que contraíram a doença era maior onde há menos participação popular.

A educação permanente segundo Ribeiro, Sousa e Araújo (2007) visa acelerar o processo de adesão da população às medidas preventivas, abordando as questões que envolvem condições de saúde, moradia, saneamento básico, indo além de ações pontuais e campanhistas que perdem força nos períodos de baixa notificação de casos. É preciso buscar parceiros na sociedade civil como nos meios de comunicação para divulgação do enfrentamento da doença o ano inteiro.

4.4. Medidas Educativas

Girão *et al* (2014) destacam que somente com a educação em saúde é que se pode despertar na comunidade uma autonomia para que a população se sinta como uma parte do processo que passa pela prevenção, cujo controle depende da eliminação dos focos do mosquito dentro dos domicílios.

Neste sentido, Alves (2005) afirma que a educação em saúde é uma ferramenta capaz de produzir, intermediada pelos profissionais de saúde, uma compreensão nova do processo saúde doença, oferecendo à população subsídios para adoção de novos hábitos de vida, com ênfase na promoção e prevenção de situações que podem trazer prejuízos à sua saúde.

Segundo Figueiró *et al.* (2011), a doença atinge a cada ano, um maior contingente de pessoas. Nesse sentido priorizando a redução dos casos de dengue e dengue grave, o Ministério da Saúde implantou no país o Plano Nacional de Controle da Dengue – PNCD. O programa é gerido de forma tripartite, ou seja, com a participação das três esferas de governos: união, estados e municípios, “compreendendo ações operacionais de vigilância integrada, entomológica e sobre o meio ambiente; de assistência aos pacientes; de educação em saúde, comunicação e mobilização social” (FIGUEIRÓ *et al.*, 2011, p. 2.374). O PNCD compreende ainda o controle e avaliação dos agentes comunitários de saúde - ACS, entretanto, segundo dados epidemiológicos há uma grande dificuldade na realização das ações, e no alcance dos resultados esperados, devido à baixa participação da população.

Para Ferreira, Veras e Silva (2009) de acordo com a OPAS, uma das maiores dificuldades das autoridades de saúde em articulação das ações é a parceria com a comunidade; o PNCD tem como um dos eixos a participação comunitária para redução dos criadouros domiciliares. Segundo Ferreira, Veras e Silva (2009), a participação popular no combate é fundamental e defendida pelos organismos nacionais e internacionais. Pode estar inserida a capacitação da população na promoção e prevenção com o objetivo da melhoria da comunidade tanto na saúde individual, quanto coletiva, favorecendo a construção de um modelo de saúde compartilhada. No controle das epidemias especialmente da dengue, cujo vetor vive na maioria das vezes nas casas das pessoas, o PNDC visa o desenvolvimento de ações educativas, que tem como objetivo a mudança de comportamento das pessoas na manutenção de um ambiente de vida saudável. Contudo a criteriosa

tarefa de evitar epidemias vai muito além do setor de saúde: consistem em um conjunto de ações políticas, técnicas e sociais que inclui prioritariamente a participação popular, aliada à vigilância epidemiológica.

Segundo Gonçalves Neto *et al.* (2006) as condições sanitárias prejudicadas, ausência de coleta seletiva de lixo, ausência de saneamento básico e um crescimento desordenado em áreas tropicais propiciou rápida adaptação do vetor nas residências, levando o *aedes aegypti* aproveitar-se dos criadouros providenciados pelo próprio homem para aumentar sua população. Contudo salienta o autor, praticamente impossível desenvolver um trabalho de controle do vetor sem a participação da comunidade.

Tais afirmações explicam a situação da população adscrita da UBS Santos Dumont, onde ocorreu uma grande expansão de domicílios sem um planejamento adequado deixando um grande número de terrenos baldios; uma ocupação sem a infraestrutura necessária, falta da coleta seletiva de lixo, saneamento básico e pavimentação. Soma-se a isso a deficiência do Estado em garantir uma coleta de lixo eficiente, deixando margem para a proliferação da doença.

Segundo Almeida *et al.* (2008), a adaptação do mosquito *aedes aegypti*, cuja sobrevivência depende de água parada, ocorre principalmente nas áreas urbanas, em domicílios e peridomicílios. Contudo o vetor é muito sensível às condições ambientais, porém seus ovos resistem a longos períodos de dissecação o que garante a perpetuação da espécie. Com hábito diurno preferencialmente, tem uma especial atração pelo sangue humano, seu deslocamento é, em média, durante um voo em condições normais de ambiente sem a interferência de vento, de cinquenta metros, portanto sua característica de habitar os domicílios e peridomicílios, permanecendo próximo ao local de “pasto” e postura dos ovos.

Segundo Almeida *et al.* (2008), com a ausência de uma vacina eficaz, capaz de evitar a doença, a principal profilaxia tem sido o controle vetorial por meio de identificação dos focos e aplicação de inseticidas de ação residual para eliminação das larvas, ou seja, o combate focal.

Contudo, afirmam Almeida *et al.* (2008), o conhecimento do dinamismo do período de maior transmissibilidade e latência tem permitido a organização de ações mais ou menos acentuadas dependendo do momento da epidemia e das condições climáticas. A presença do vetor em variadas partes das cidades já foi identificada por meio de estudos, o que comprova que a doença não atinge somente uma classe

social. Quanto à diminuição dos casos dentro de um contexto epidemiológico, três fatores têm um papel muito importante: as condições climáticas desfavoráveis à viabilidade do vetor, esgotamento de hospedeiros susceptíveis e o controle químico do vetor.

4.5. Controle

Segundo Mayo *et al.* (2011), existem duas formas de atuação no controle da doença: o bloqueio e o controle de criadouros. Estas medidas têm por objetivo a redução dos criadouros na área de atuação dos agentes de saúde, o controle por bloqueio e nebulização, ocorre à aplicação de inseticida com aplicadores Ultra Baixo Volume - UBV. A atuação nesse tipo de trabalho, em relação ao feito pelo município, diz respeito à qualidade do serviço realizado, bem como a agilidade na realização da tarefa e o grande alcance da área coberta e o tipo de equipamento empregado.

Para realização das tarefas o método segue o preconizado pelo PNCD: divide as cidades em áreas, setores e bairros. Segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001) o bloqueio consiste em parar a transmissão da dengue em municípios com epidemia instalada e tem como objetivo ainda a identificação do sorotipo de vírus circulante, a aplicação do UBV sem prejuízo do controle larvário. Quanto à delimitação de um foco isolado, nos casos onde não há infestação, deverão ser tratados todos os imóveis no raio de 300 metros do entorno do local.

Na fase de ataque, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), deverá ser tratado 100% dos imóveis, além de pontos estratégicos: terrenos baldios das zonas infestadas e todos os potenciais focos devem ser eliminados. Na fase de consolidação, o objetivo é a erradicação do mosquito: são desenvolvidas várias ações semelhantes à fase de ataque com exceção do tratamento de focos. Na fase de manutenção, são visitadas todas as áreas positivas e negativas mesmo onde o vetor foi erradicado; as medidas são o uso de armadilhas de oviposição e inspeções de pontos estratégicos.

4.6. Atuação da Atenção Básica no Controle da Dengue

As atividades de controle devem ter uma sinergia com todos os setores envolvidos: no tocante a vigilância epidemiológica há necessidade de manter a

vistoria em imóveis, terrenos, depósitos, oficinas, entre outros locais. Teixeira *et al.* (2010) verificaram que os domicílios com terrenos baldios no entorno apresentaram maior concentração da doença.

Lima e Vilasboas (2011) salientam que a saúde é um direito, e a maneira que o Estado tem de garantir esse direito é por meio de políticas públicas de proteção, prevenção e recuperação de agravos; a simples ausência de doença não pode ser considerada um conceito de saúde, visto que as condições sociais de saneamento básico, meio ambiente, educação, moradia e renda são fatores determinantes no processo de adoecimento de um povo. A saúde deve ser pensada no contexto ampliado com integração, formando uma rede interssetorial, na perspectiva de troca, de ajuda mútua, na troca de experiências com uma construção mútua de saberes facilitando a resolução dos problemas enfrentados.

Para Lima e Vilasboas (2011), a interssetorialidade pode ser um facilitador para construção de um sistema de saúde efetivo, contudo aliado a políticas públicas que possam contribuir para ganho na melhoria da qualidade de vida das pessoas. A interssetorialidade extrapola os limites do poder estatal e envolve a sociedade nas decisões políticas, evita a subordinação de um setor a outro e diminui as resistências de alguns membros.

Segundo Lefèvre *et al.* (2007), a população tem informações sobre a doença e do ciclo de vida do transmissor, porém esse conhecimento ainda não é capaz de produzir nas pessoas atitudes e comportamento para impedir ou reduzir os criadouros do mosquito. A probabilidade é que esse conhecimento vindo de origem externa, fragmentado ou pouco organizado configure um conflito entre o saber sanitário e o senso comum. Ainda segundo o autor, o programa educativo tem sido aplicado há muitos anos, mas até hoje ainda não obteve o resultado esperado, contudo há necessidade de aprofundar neste contexto para identificar onde estão as falhas para que possa realmente ter uma população engajada no controle do vetor.

Para a população segundo Lefèvre *et al.* (2007), há uma relação entre sujo que seria a doença e limpo que seria a saúde, levando a idéia equivocada que o lixo é o único meio de procriação do mosquito. Neste sentido há uma sinalização para que o poder público perceba a necessidade de informar, educar e comunicar. Informar no que diz respeito aos constantes dados epidemiológicos sobre a doença, no País, no Estado e na sua Comunidade, no sentido de incentivar a participação popular no controle da doença. Educar esclarecendo a forma de transmissibilidade

da doença, estabelecendo um diálogo de fácil entendimento na lógica sanitária, sem confrontar o senso comum, buscando construir um relacionamento entre o técnico e o cidadão e à adoção de alternativas na redução das vítimas da dengue.

Neste sentido a ESF tem papel fundamental no desenvolvimento de ações de prevenção e controle da dengue, considerando a relação de confiança que a população mantém com a equipe de saúde da família, possibilitando o contato com o ambiente doméstico por meio dos ACSs, promovendo um ambiente seguro e livre do *Aedes aegypti* (BRASIL, 2002). A ESF pode ainda promover ações educativas com a população mobilizando-a para adotar ações preventivas, realizando também a notificação imediata dos casos suspeitos possibilitando as medidas, tratamento adequado às situações de dengue clássica e dengue grave reduzindo os casos letais, e possibilitando o bloqueio dos focos pela vigilância epidemiológica.

5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O diagnóstico situacional foi realizado com base nas informações contidas em dados oficiais do IBGE, do Sistema Integrado de Saúde e embasado no relato dos problemas levantados pela Equipe de Estratégia de Saúde da Família da UBS Santos Dumont.

Foi utilizado o Planejamento Estratégico Situacional – PES, como referência para a proposta de intervenção. Este método possibilita que os atores através de sua própria visão, identifiquem as causas possíveis dos problemas: como nascem e se desenvolvem. A partir deste ponto de vista podem propor soluções para atacar suas causas e a viabilidade destas soluções (CAMPOS; FARIA; SANTOS, 2010). Assim, a partir do diagnóstico situacional, os 10 passos segundo os autores mencionados e suas atividades, são descritas a seguir.

5.1. Primeiro Passo: Definição dos Problemas

- Hipertensão Arterial
- Diabetes
- Drogas
- Gravidez na Adolescência
- Dengue
- Transtorno Depressivo
- Doenças Sexualmente Transmissíveis AIDS
- Falta de Saneamento Básico

5.2. Segundo Passo: Priorização dos Problemas

- Dengue
- Falta de Saneamento Básico

5.3. Terceiro Passo: Descrição do Problema Selecionado

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002) o nosso país é predominantemente de clima tropical e este é um ambiente favorável à proliferação do mosquito *aedes aegypti* principal transmissor da dengue em nosso continente. A

doença é a uma arbovirose transmitida por um artrópode, que pode apresentar-se de forma benigna, clássica, ou grave na forma de febre hemorrágica.

Durante o ano de 2014 segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2014) mais meio milhão de casos da doença (591.080), 52,8% só na região Sudeste em Minas Gerais foram 59.222 com 45 óbitos confirmados, em Divinópolis, segundo a Secretaria Municipal de Saúde (2014) ocorreram 4.680 notificações de casos da doença, e confirmados 4.139 casos de dengue com 06 óbitos, sendo que os bairros Nossa Senhora das Graças, Centro, São José, Interlagos, Niterói, Porto Velho, Planalto, Santos Dumont, Belvedere e Bom Pastor foram responsáveis por 30.27% dos casos de dengue da cidade.

Ferreira *et al.* (2009), Lima e Vilasboas (2011) chamam a atenção, para a falta de saneamento básico como um fator agravante que pode elevar a multiplicação do vetor da doença. Para Gonçalves Neto *et al.* (2006), as condições sanitárias prejudicadas, o crescimento desordenado levaram à rápida adaptação do vetor às residências causando a disseminação do vírus. Tais situações são rotineiras na população adscrita da UBS Santos Dumont.

5.4. Quarto passo: Explicação do Problema

A explicação para o problema selecionado foi qualificado do ponto de vista social, coletivo e individual.

Nível Social. Refere-se à ausência de políticas públicas para melhoria de qualidade de vida da população que convive com a ausência de saneamento básico, esgoto a céu aberto, falta de coleta seletiva e lixo acumulado nas ruas e terrenos baldios.

Nível Coletivo. Falta de consciência da gravidade da doença que pode acometer a qualquer pessoa e todas as faixas etárias, falta de colaboração entre os vizinhos que sempre põem a culpa das más condições uns nos outros, mas ninguém assume a responsabilidade pelo seu quintal.

Nível Individual: Falta de compromisso, pois segundo dados da SEMUSA (DIVINÓPOLIS, 2014) 94,15% dos focos de Dengue estão dentro das residências, esses focos foram identificados em vasilhas de água para cachorro, galinha, calhas mal projetadas e caixas d'água sem tampa.

5.5. Quinto Passo: Seleção dos “Nós Críticos”

Foram selecionados os seguintes “nós críticos” que podem ter relação direta com o alto número de casos de dengue.

- Lixo nas ruas: falta de conscientização da população para evitar descarte incorreto de lixo nas ruas e terrenos baldios.
- Responsabilização do outro: falta à comunidade assumir que o problema da dengue não é do meu vizinho, mas é de todos.
- Lotes sujos: falta cobrança por parte do poder público aos proprietários de terrenos vazios que mantenham os lotes limpos e conservados.

5.6. Sexto Passo: Desenho de Operações para os “Nós Críticos” do Problema

Como solução dos “nós críticos” foram apresentadas as seguintes propostas contidas no Quadro 6, a seguir:

Quadro 6 – Desenho das Operações para os Nós Críticos Selecionados

“Nó Crítico”	Operação/ Projeto	Resultados Esperados	Produtos Esperados	Recursos Necessários
Lixo nas ruas	Reeducação, conscientização ambiental	Ausência de lixo nas ruas e lotes vazios	Bairro limpo sem dengue	Datashow e computador
Responsabilização do outro	Conscientização sobre saúde coletiva	Que todos unidos com objetivo de diminuir os casos de dengue	Redução da doença	Datashow e computador, Panfletos informativos
Lotes sujos	Limpeza de lotes e terrenos	Lotes limpos e sem focos da dengue	Diminuição do número do mosquito transmissor da dengue	Palestras sobre conservação dos terrenos e lotes vazios. Fiscalização da prefeitura

5.7. Sétimo Passo: Identificação dos Recursos Críticos

Para início das operações foram apresentados os recursos necessários e indispensáveis para o sucesso do processo.

Quadro 7 – Identificação dos Recursos Críticos

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Mutirão da limpeza”: realizar um dia por mês para limpeza em parceria com a população	Político: Veículo e pessoal para limpeza das ruas.	Empresa Municipal de Obras Públicas	Evitar que lixo se acumule nas ruas	Criação do dia da limpeza e apresentação da administração para apreciação
“Fora Dengue” Intensificação das ações educativas nas escolas e nos grupos e associação de bairro	Político: Articulação interssetorial. Financeiro Disponibilização de material informativo.	Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação. Associação de bairros	Despertar na comunidade a consciência de saúde coletiva	Despertar nos discentes e na comunidade o desejo de erradicar os focos da dengue
“Mapeamento dos lotes sujos” Realizar o mapeamento dos terrenos sujos	Político. Notificar os proprietários para limpeza do terreno. Financeiro: Recurso para impressão das notificações	Secretaria Municipal de Saúde	Evitar que as pessoas joguem lixo e entulho em lotes vagos	Conservação e limpeza dos lotes vazios.

5.8. Oitavo Passo: Análise de Viabilidade do Plano

A proposta a seguir (Quadro 3) apresenta a motivação para a viabilidade do plano visto que alguns dos recursos necessários fogem à governabilidade da ESF.

Quadro 8 – Viabilidade do Plano

Operação/ Projeto	Recursos Críticos	Controle dos recursos críticos		Ação estratégica
		Ator que controla	Motivação	
“Mutirão da limpeza” realizar um dia por mês para limpeza em parceria com a população	Político: Veículo e pessoal para limpeza das ruas.	Empresa Municipal de Obras Públicas	Favorável	Criação do dia da limpeza e apresentação à administração, para apreciação.
“Fora Dengue” Intensificação das ações educativas nas escolas e nos grupos e associação de bairro	Político: Articulação interssetorial. Financeiro: Disponibilização de material informativo.	Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Municipal de Educação. Associação de bairros	Favorável	Despertar nos escolares e na comunidade o desejo de erradicar os focos da dengue
“Mapeamento dos lotes sujos” Realizar o mapeamento dos terrenos sujos	Político: Notificar os proprietários para limpeza do terreno. Financeiro: Recurso para impressão das notificações	Secretaria Municipal de Saúde	Indiferente	Conservação e limpeza dos lotes vazios.

5.9. Nono Passo: Elaboração do Plano Operativo

A proposta a seguir no Quadro 9 identifica os atores envolvidos lhes atribuído responsabilidades e prazos a cumprir

Quadro 9 – Plano Operativo

Operações	Resultados	Ações Estratégicas	Responsável	Prazo
“Mutirão da limpeza”: realizar um dia por mês para limpeza em parceria com a população	Limpeza das ruas e quintais	Coleta de lixo das ruas; Incentivo a limpeza de lotes e quintais.	Equipe de ACS	Durante todo ano
“Fora Dengue” Intensificação das ações educativas nas escolas e nos grupos e associação de bairro	Uma comunidade consciente das suas responsabilidades	Insistir e reforçar com ações educativas para que população mantenha as ruas limpas e coloque o lixo para ser recolhido	Enfermeiro ESF	Durante todo o ano
“Mapeamento dos lotes sujos” Realizar o mapeamento dos terrenos sujos	Identificar os focos e eliminá-los	Criação de um mapa onde ocorreram focos do mosquito	ACS e Enfermeiro	Três meses

5.10. Décimo Passo: Gestão do Plano

Com a gestão do plano é possível aos responsáveis acompanhar e monitorar as ações, avaliando e sempre que necessário readequando as eventuais falhas do processo.

Quadro 10– Gestão do Plano

Produtos	Responsável	Prazo	Situação Atual	Justificativa	Novo Prazo
“Mutirão da limpeza”: realizar um dia por mês para limpeza em parceria com a população	Enfermeiro da ESF	Início imediatamente (logo após apresentação do projeto)			
“Fora Dengue” Intensificação das ações educativas nas escolas e nos grupos e associação de bairro	Enfermeiro Provab	Durante todo ano			
“Mapeamento dos lotes sujos” Realizar o mapeamento dos terrenos sujos	ECS e Equipe de Epidemiologia	Um mês para início das atividades			

Além dos 10 passos do Planejamento Estratégico Situacional, optei por incluir outros 02 passos que têm a finalidade de contribuir para o processo de avaliação da Proposta de Intervenção. Estão contidos nos itens 5.11 e 5.12, a seguir:

5.11. Avaliação dos Resultados

O instrumento para avaliação será o Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN.

“que tem por objetivo o registro e processamento dos dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para análise do perfil da morbidade e contribuindo, desta forma, para a tomada de decisões em nível municipal, estadual e federal” (IBGE, 2014).

Segundo Moraes e Duarte (2009), o SINAN tem sido principal fonte de dados para coordenação das ações de vigilância epidemiológica, tanto no sentido de controle da doença quando como fonte de pesquisa.

5.12. Resultados Esperados.

O resultado esperado é:

Estabelecer a construção de conhecimento que favoreça o autocuidado e a capacidade de emancipação da comunidade, criando um ambiente seguro, com ênfase na educação e saúde, com vistas à redução dos casos de dengue na população adscrita da UBS Santos Dumont.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Programa de Valorização da Atenção Básica (PROVAB) abriu muitos caminhos para um horizonte promissor, no desenvolvimento da promoção da saúde e da prevenção no campo de atuação do Programa Saúde na Escola, criando um vínculo de amizade e confiança, uma verdadeira parceria com os alunos, essencial na construção de uma sociedade consciente e capaz de cuidar da sua saúde de maneira preventiva, lógica essa defendida pelo Sistema Único de Saúde.

Para nós enfermeiros é oportunidade de ampliar o horizonte de atuação ensinando e aprendendo com o comportamento das crianças, dos adolescentes e jovens, vendo de maneira ímpar o grande desafio da educação em formar cidadãos com mais saúde. Como gratificação, recebemos o reconhecimento dos alunos, professores e diretores algo que fica marcado para sempre na formação do profissional, os laços de confiança, amizade e reconhecimento são a maior recompensa e certeza de missão cumprida.

Como a Equipe de Saúde da Família tem como principal objetivo trabalhar na prevenção de doenças e agravos, criando vínculos com a clientela, a missão de promover a emancipação de seus usuários com ênfase no autocuidado, exige de nós muita articulação e intensificação de ações educativas. Especificamente no caso da dengue, o cumprimento desta missão pode evitar que as constantes epidemias se tornem parte do cotidiano das pessoas, auxiliando os moradores da comunidade na adoção de medidas responsáveis que visem o cuidado com a sua saúde e da saúde da comunidade.

Neste sentido a educação em saúde desempenha um papel importante em manter a comunidade sempre vigilante, e em alerta, pois o perigo é eminente e vive dentro dos lares das pessoas esperando apenas o momento oportuno e condições favoráveis para transmitir a dengue.

O trabalho dos agentes de controle de endemias e da ESF deve ser constante, focado na eliminação dos criadouros do mosquito transmissor da dengue. A comunidade deve colaborar com livre acesso dos agentes às residências, na colaboração para eliminação dos focos nos domicílios e peridomicílios e multiplicação das informações sobre o ciclo de vida do vetor entre os vizinhos, amigos e parentes, informando que todos estão expostos à doença e a mudança de comportamento pode diminuir os riscos de contrair a dengue.

Ao poder público é necessário adotar um planejamento adequado para garantir aos cidadãos a infraestrutura mínima necessária para viver em comunidade, serviços essenciais como: saneamento, coleta de lixo e mobilidade, que favorecem a criação de um ambiente seguro, com saúde e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C.M; *et al.* Dinâmica intra-urbana das epidemias de dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996-2002. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2008, vol.24, n.10, pp. 2385-2395. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n10/19.pdf>. Acesso em 02 de out de 2014.

ALVES, V. S. A. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0303.pdf>. Acesso de jun de 2014.

BACKES, D.S *et al.* (2012). O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 17(1):223-230, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a24v17n1.pdf>. Acesso em 12 de jan 2015.

BRASIL. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. **Consulta Estabelecimento - Modulo Profissional - Profissional por Estabelecimento**. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Profissional.asp?VCo_Unidade=3122302159651. Acesso em 12 de maio de 2014.

BRASIL. **Cadernos de Informações de Saúde Minas Gerais**. DATASUS *TABNET* (2010). . Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/mg.htm>. Acesso em 16 de maio de 2014.

BRASIL. **Dengue - instruções para pessoal de combate ao vetor: Manual de Normas técnicas**. - 3. ed., rev. - Brasília: Ministério da Saúde: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 84 p.: il. 30 cm. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/funasa/man_dengue.pdf. acesso em 15 de out de 2014.

BRASIL. Fundação Oswaldo Cruz, **Vetor da dengue na Ásia, A. albopictus é alvo de estudos**. Publicada em: 18/12/2008 às 12:49. Disponível em: <http://www.fiocruz.br/ioc/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=576&sid=32&tpl=printerview>. Acesso em 12 de jan de 2015.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico 2010: sinopse**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312230&idtema=1&search=minas-gerais|divinopolis|censo-demografico-2010:-sinopse->. Acesso em 15 de maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Divinópolis, **morbidades hospitalares – 2012**. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312230&idtema=114&search=minas-gerais|divinopolis|morbidades-hospitalares-2012>. Acesso em 12 de maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Divisão Territorial do Brasil e Limites Territoriais**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (1 de julho de 2008). Disponível em:

http://www.ibge.gov.br/home/geociencias/cartografia/default_dtb_int.shtm. Acesso em 16 de maio de 2014

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Ensino - matrículas, docentes e rede escolar – 2012**. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312230&idtema=117&se arch=minas-gerais|divinopolis|ensino-matriculas-docentes-e-rede-escolar-2012>. Acesso em 12 de maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Histórico do Município**: disponível em

<http://cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=312230&search=mina s-gerais|divinopolis|infograficos:-historico>. Acesso 10 de maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Informações completas População em 2010**. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=312230>. Acesso em 12 de maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Serviços de saúde – 2009**. Disponível em:

<http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=312230&idtema=5&search=minas-gerais|divinopolis|servicos-de-saude-2009>. Acesso em 12 de maio de 2014.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Sistema de informações de agravos de notificação – SINAN**. Disponível em: <http://ces.ibge.gov.br/base-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan>. Acesso em 16 de Nov de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde.

Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento / Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde. – Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2002. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dengue_aspecto_epidemiologicos_diagnostico_tratamento.pdf. Acesso em 02 de out de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde FUNSA. **Programa Nacional de Combate a Dengue PNCD**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pncd_2002.pdf. Acesso em 21 de jun de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal Brasil**. Disponível em:

<http://www.brasil.gov.br/saude/2013/11/saude-libera-mais-de-r-360-mi-para-combate-a-dengue>. Acesso em 10 de Nov de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 160 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/portal/img/email/diretrizes_reimpressao_web.pdf. Acesso em 16 de Nov de 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (2014) **Monitoramento dos casos de dengue e febre de chikungunya até a Semana Epidemiológica (SE) 53 de 2014. Dengue Boletim Epidemiológico ISSN 2358-9450** Volume 46 N° 3 – 2015. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/janeiro/19/2015-002---BE-at---SE-53.pdf>. Acesso em: 22 mar de 2015

BRASIL.SINANONLINE e DVA/SVEAST/Sub VPS/SES-MG (2012/2013). Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/component/gmg/story/6489-informe-epidemiologico-da-dengue-30-05-2014>. Acesso em 08 de jun de 2014.

CAMPOS, F.C.C.; FARIA H. P.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde.** Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. NESCON/UFMG. Curso de Especialização em Atenção Básica à Saúde da Família. 2ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2010. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/Planejamento_e_avaliacao_das_acoes_de_saude_2/3>. Acesso em: Dezembro 2014

DIVINÓPOLIS. **Estatuto dos Conselhos Distritais de Saúde.** Conselho Municipal de Saúde, 1998.

DIVINÓPOLIS. **Mapa da cidade.** Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/paginas/geograficos/imagens/mapadacidade.pdf>. Acesso em 08 de jun de 2014.

DIVINOPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde SEMUSA. Sistema Integrado de Saúde. **Paciente Família.** Acesso Local. Acesso em 15 de maio de 2014.

FERREIRA, B. J. *et al.* Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 961-972. ISSN 1413-8123. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/32.pdf>. Acesso em 21 de jun de 2014.

FERREIRA, I.T. R.N; VERAS, M. A. S; M; and SILVA, R.A. Participação da população no controle da dengue: uma análise da sensibilidade dos planos de saúde de municípios do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.12, pp. 2683-2694. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n12/15.pdf>. Acesso em 10 de out de 2014.

FIGUEIREDO, L.T. M; OWA, M. A.; CARLUCCI, R. H. and OLIVEIRA, L. de Estudo sobre o diagnóstico laboratorial e sintomas do dengue, durante epidemia ocorrida na região de Ribeirão Preto, SP, Brasil. **Rev. Inst. Med. trop. S. Paulo** [online]. 1992,

vol.34, n.2, pp. 121-130. ISSN 0036-4665. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rimts/v34n2/a07v34n2.pdf>. Acesso em 13 ago de 2014.

FIGUEIRÓ, A.C. et al. Óbito por dengue como evento sentinela para avaliação da qualidade da assistência: estudo de caso em dois municípios da Região Nordeste, Brasil, 2008. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.12, pp. 2373-2385. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n12/09.pdf>. Acesso em 12 de out de 2014.

GIRÃO, R.V. et al. Educação em saúde sobre a dengue: contribuições para o desenvolvimento de competências. **J. res.: fundam. care.** online 2014. jan./mar. 6(1): 38-46. Disponível em
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2659/pdf_1043. Acesso em 21 de jun de 2014.

GONÇALVES NETO, V. S. et al. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2006, vol.22, n.10, pp. 2191-2200. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/18.pdf>. Acesso em 10 de out de 2014.

LEFEVRE, A. M.C; et al. Representações sobre dengue, seu vetor e ações de controle por moradores do município de São Sebastião, litoral Norte do Estado de São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2007, vol.23, n.7, pp. 1696-1706. ISSN 0102-311X.
Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n7/22.pdf>. Acesso em 16 de out de 2014.

LIMA, E. C.; VILASBOAS, A.L.Q. Implantação das Ações Interssetoriais de Mobilização Social do Pará o Controle da dengue na Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011 vol.27, n.8, pp. 1507-1519. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n8/06.pdf>. Acesso em 16 de out. de 2014.

MACHADO, R.M et al. (2013). HISTORIA DA SAÚDE MENTAL DE DIVINÓPOLIS-MG. **Revista de Enfermagem do Centro**. Oeste Mineiro. 2013 mai/ago; 3 (2) :752-760 <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/228/439>. Acesso em 08 de abr de 2015.

MAYO, R. C. et al. *BEPA - Boletim Epidemiológico Paulista*; 8(88): 4-12, abr. 2011. *tab, Graf*. Disponível em: [file:///C:/Users/note/Downloads/v8n88a01%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/note/Downloads/v8n88a01%20(1).pdf). Acesso em 12 de out de 2014.

MINAS GERAIS. Secretaria Estadual de Saúde. **Programa Estadual de Controle Permanente da Dengue SITUAÇÃO ATUAL DA DENGUE EM MINAS GERAIS RESUMO INFORMATIVO - 15/12/2014**. Disponível em:
<http://www.saude.mg.gov.br/images/documentos/AnaliseDengue15-12-2014.pdf>. Acesso em 10 de jan. de 2015.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais. **Programa Saúde em Casa**. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/políticas_de_saude/programa-saude-em-casa. Acesso em 10 de maio de 2014.

MORAES, G.H and DUARTE, E. C. Análise da concordância dos dados de mortalidade por dengue em dois sistemas nacionais de informação em saúde, Brasil, 2000-2005. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2009, vol.25, n.11, pp. 2354-2364. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csp/v25n11/06.pdf>. Acesso em 29 de Nov. de 2014.

PENNA, M. L. F. **Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1): 305-309, jan-fev, 2003
Disponível em:
<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n1/14932.pdf>. Acesso em 21 de jun de 2014

PREFEITURA MUNICIPAL DE DIVINÓPOLIS. **BALANÇO DA DENGUE**. Disponível em: <http://www.divinopolis.mg.gov.br/portal/noticia.php?id=11507>. Acesso em 19 jan de 2015.

RIBEIRO, P. C; SOUSA, D.C; ARAUJO, T.M.E. Perfil clínico-epidemiológico dos casos suspeitos de Dengue em um bairro da zona sul de Teresina, PI, Brasil. **Rev. bras. enferm.** [online]. 2008, vol.61, n.2, pp. 227-232. ISSN 0034-7167. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a13v61n2.pdf>. Acesso em 28 de jul de 2014.

VALENTE, G. S.C. *et al.* Problematização Como Estratégia de Educação em Saúde no Combate a Dengue: Um Relato de Experiência. **R. Pesq.: cuid. Fundam.** Online 2012. out./dez. 4(4):2987-94. Disponível em:
http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1888/pdf_641. Acesso em 08 jun de 2014.

TEIXEIRA, L.A.S, *et al.* Persistência dos sintomas de dengue em uma população de Uberaba, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2010, vol.26, n.3, pp. 624-630. ISSN 0102-311X. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v26n3/19.pdf>. Acesso em 16 de out de 2014.