

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

NÁGILA REIS CANAVERDE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA DENGUE NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF 3 NO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS**

UBERABA – MG

2015

NÁGILA REIS CANAVERDE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA DENGUE NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF 3 NO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à Universidade Federal de Minas Gerais, como parte das exigências do curso de Especialização em Estratégia de Saúde da Família para conclusão do curso de pós-graduação.

Orientadora: Prof^a. Zilda Cristina dos Santos

UBERABA – MG

2015

NÁGILA REIS CANAVERDE

**PLANO DE AÇÃO PARA PREVENÇÃO DA DENGUE NA ÁREA DE
ABRANGÊNCIA DA ESF 3 NO MUNICÍPIO DE CANÁPOLIS**

Banca Examinadora:

Profª. Zilda Cristina dos Santos - Universidade Federal do Triângulo Mineiro- UFTM

Profª. Regina Maura Rezende – Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM

Aprovado em 04 de Janeiro de 2016.

RESUMO

O presente trabalho refere-se a um estudo realizado na cidade de Canápolis, Minas Gerais, com objetivo de elaborar um plano de ação para prevenção da dengue na área de abrangência da Equipe de Saúde da Família (ESF) 3. A dengue foi selecionada após realização do diagnóstico situacional, pois segundo o setor de zoonoses do município, 71 casos foram notificados em 2014, com três casos confirmados. Já no primeiro quadrimestre de 2015, foram 185 casos notificados, com 16 casos confirmados. Deste registro, 33 notificações e 12 casos confirmados referem-se à área de abrangência da ESF 3. Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados ao elevado número de casos de dengue: falta de compreensão da comunidade para a limpeza do quintal e eliminação dos reservatórios de água, falta de programas de incentivo ao combate da dengue, falta de organização dos serviços de zoonoses para desenvolvimento de ações de prevenção contra a dengue. Para solução dos nós críticos foram propostas algumas operações e projetos como mutirão da dengue, unidos contra a dengue e agendamento de visita dos agentes e trajetos do carro do fumacê nos locais com maiores número de casos.

Palavras Chave: dengue, prevenção primária, atenção primária à saúde.

ABSTRACT

A study conducted in the city of Canápolis, Minas Gerais, in order to draw up a plan of action for the prevention of dengue in the area covered by the Family Health Team (FHT) 3. Dengue was selected after conducting a situational diagnosis as by sector the municipality of zoonosis, 71 cases were reported in 2014 with 3 confirmed cases, as early as 2015 in the first quarter were 185 reported cases with 16 confirmed cases. This record, 33 notifications and 12 confirmed cases in the catchment area of our ESF. We selected the following critical nodes related to the high number of dengue cases: lack of understanding of the community for yard cleanup and disposal of water reservoirs, lack of incentive to fight dengue programs, lack of organization of zoonosis services for development of dengue prevention activities. To solve the critical nodes have been proposed some operations and projects such as dengue task force, united against dengue and visit scheduling agents and fogging car paths in places with larger number of cases.

Keywords: dengue, primary prevention, primary health care.

SUMÁRIO

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 07 |
| 2 JUSTIFICATIVA..... | 10 |
| 3 OBJETIVOS..... | 11 |
| 3.1 Objetivos Gerais..... | 11 |
| 3.2 Objetivos Específicos..... | 11 |
| 4 METODOLOGIA..... | 12 |
| 5 REVISÃO DE LITERATURA..... | 17 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 19 |
| 7 REFERÊNCIAS..... | 20 |

1 INTRODUÇÃO

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), o município de Canápolis, localizado no estado de Minas Gerais, apresenta uma população estimada, em 2015, de 12.005 pessoas. O município faz parte da microrregião de Uberlândia e macrorregião do Triângulo Sul, sendo divisa com municípios de Ituiutaba, Capinópolis, Centralina e entroncamento da MG 226 com a BR 153.

Tem sua economia baseada no agronegócio, principalmente no plantio de abacaxi e cana de açúcar, e devido essa grande produção de abacaxi é conhecida como a capital do abacaxi e conta com duas fábricas de doce que empregam grande parte população. São ocupações também o trabalho no serviço público e outras culturas de lavouras. Porém, com a diminuição da produção de cana, devido à falência de usinas sucroalcooleiras da região, muitas pessoas perderam seus empregos, o que aumentou muito a pobreza no município.

Sua política é polarizada entre dois grupos políticos que se revezam ao longo de várias décadas na gestão do município, o que tem gerado muita insatisfação em parte da população que clama por mudanças.

O saneamento básico é relativamente bom, porém o mesmo não pode ser dito em relação à coleta de lixo. A população em sua maioria vive em moradias simples; já as taxas de analfabetismo são baixas.

O município, no momento, apresenta pouco investimento em saúde, educação e saneamento básico. A prefeitura, no momento, encontra-se em crise financeira, com atrasos salariais e insatisfação dos funcionários.

Canápolis conta com quatro unidades de saúde e um hospital, e atende a consultas de média complexidade, urgência, emergência e internação. A Estratégia Saúde da Família (ESF) funciona relativamente bem, porém enfrenta a grande rotatividade de funcionários, principalmente de médicos.

O bairro que abriga a equipe de Saúde da Família 3 (eSF) é o Bela Vista, que atende a uma área central e periférica do município. A área de abrangência possui adscritas 3.080 pessoas. Atende tanto a população mais abastada do município, que nunca necessita de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS), quanto as pessoas menos favorecidas, em que a única opção de tratamento é o SUS.

A unidade de saúde foi inaugurada em 2002 e reformada em dezembro do ano de 2014, e embora tenha sido reformada, ainda é pequena considerando a área de abrangência, que é a maior do município.

A equipe é composta por uma enfermeira, uma médica, uma secretária, oito agentes comunitárias de saúde (ACS), uma dentista, duas técnicas de enfermagem, duas técnicas de saúde bucal, uma nutricionista, uma psicóloga e duas auxiliares de serviços gerais.

1.1 Definição dos problemas

Foi realizado um diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF 3 para identificar os problemas da região. Após análise identificamos os seguintes problemas: gravidez na adolescência, tráfico de drogas, tabagismo, hipertensos e diabéticos sem controle, dengue, uso exagerado de antidepressivos.

1.2 Priorização dos problemas

Após a identificação dos problemas foi realizada a priorização dos mesmos utilizando os critérios de importância, urgência e capacidade de enfrentamento. O Quadro 1 representa a análise da priorização dos problemas identificados.

Quadro 1- Priorização dos problemas identificados no diagnóstico situacional da área de abrangência da ESF.

| Problema | Importância | Urgência (0-5) | Capacidade de enfrentamento da equipe | Seleção |
|----------------------------------|--------------------|-----------------------|--|----------------|
| Dengue | Alta | 5 | Parcial | 1 |
| Tráfico de drogas | Média | 2 | Fora | 4 |
| Gravidez na adolescência | Média | 2 | Parcial | 3 |
| Tabagismo | Média | 3 | Parcial | 3 |
| Hipertensão | Média | 4 | Dentro | 2 |
| Diabéticos | Média | 4 | Dentro | 2 |
| Uso exagerado de antidepressivos | Média | 4 | Parcial | 2 |

Fonte: Canaverde, 2015.

1.3 Explicação

A partir do diagnóstico situacional, percebeu-se no município de Canápolis, a falta de conscientização da comunidade, pois foram encontradas, em muitas casas, caixas de água destampadas, lixo nos quintais, além de plantas com locais de acúmulo de água.

Percebeu-se também, um grande número de terrenos abandonados, com grande quantidade de lixo e locais que acumulam água como pneus, ferros retorcidos e lixo de todo tipo; locais esses que funcionam como reservatório do mosquito.

Observou-se a partir do confronto de informações entre o boletim epidemiológico do ano de 2014 e informações dos prontuários que muitos casos foram subnotificados. Os dados do boletim apontavam três casos confirmados, entretanto de acordo com os prontuários da ESF 3, existia um número muito superior a três casos com sorologia positiva, mas que não foram notificados.

E, por fim, faltam programas de incentivo para educação da população por parte do município, tanto na parte do serviço de controle de zoonoses, quanto na atenção básica, bem como a intensificação do uso do inseticida pulverizado em ultra baixo volume, tanto por meio do carro de fumacê, quanto pelo uso da bomba costal, borrifado pelos agentes de controle de endemias.

1.4 Seleção de nós críticos

Foram selecionados os seguintes nós críticos relacionados ao elevado número de casos de dengue:

- Falta de compreensão da comunidade para limpeza do quintal e eliminação dos reservatórios de água;
- Falta de programas de incentivo ao combate da dengue;
- Falta de organização dos serviços de zoonoses para desenvolvimento de ações de prevenção contra dengue.

2 JUSTIFICATIVA

Na cidade de Canápolis e na área de abrangência da ESF 3, a dengue tem sido um grande problema para a população devido ao grande número de casos suspeitos e casos confirmados.

A dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral e que se manifesta de maneira variável, desde uma forma assintomática até quadros graves e hemorrágicos, podendo levar ao óbito. É a mais importante arbovirose que afeta o homem e vem se apresentando, juntamente com as outras chamadas doenças tropicais negligenciadas, como um sério problema de saúde pública. No Brasil, e também em outros países tropicais, as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito vetor (BRASIL, 2008).

Segundo o setor de zoonoses do município, foram 71 casos notificados em 2014, com três casos confirmados. Já no primeiro quadrimestre de 2015, foram 185 casos notificados com 16 casos confirmados. Deste registro, 33 notificações e 12 casos confirmados na área de abrangência da ESF 3. Desta forma, pretende-se com esse trabalho desenvolver um plano de ação para diminuir o número de casos da doença nessa área de abrangência, através de medidas de prevenção.

Diante dos casos de dengue na cidade, e por se tratar de uma doença grave que pode levar à morte, e que pode ser evitada por medidas preventivas de fácil execução pela população da área, é importante identificar estratégias para que ocorra redução do número de casos.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivos Gerais

Elaborar um plano de ação para diminuir a quantidade de casos de dengue na área de abrangência de uma ESF na cidade de Canápolis.

3.2 Objetivos Específicos

- Fornecer informações sobre a dengue à população;
- Eliminar possíveis criadouros do vetor da dengue;
- Orientar os profissionais sobre a importância da notificação correta dos casos de dengue.

4 METODOLOGIA

Após a realização do diagnóstico situacional, pela Estimativa Rápida, e utilização do Planejamento Estratégico Situacional (PES) para identificação e priorização de problema na área da ESF 3, a dengue foi classificada como o problema de maior prioridade, foi descrito e explicado, e foram identificados seus nós críticos (CAMPOS *et al*, 2010).

O PES subsidiará ainda a construção da proposta de intervenção (CAMPOS *et al*, 2010).

Foi realizada uma breve revisão de literatura sobre a dengue, que será aprofundada para subsidiar a elaboração da proposta de intervenção. A busca de referencial teórico foi feita através de publicações do Ministério da Saúde, na base de dados Scielo (Scientific Electronic Library Online). Para busca de literatura foram utilizados os seguintes descritores: dengue, epidemiologia, *Aedes Aegypti*, sintomas, tratamento, prevenção, atenção primária à saúde.

4.1 Desenho das operações

Para solução dos nós críticos foram propostas algumas operações e projetos.

Quadro 2- Desenho das operações para os nós críticos apresentados

| Nó crítico | Operação/ Projeto | Resultado esperado | Produto esperado | Recursos necessários |
|--|---|---------------------------------|--|--|
| Falta de compreensão da comunidade para limpeza do quintal e eliminação dos reservatórios de água. | Mutirão da Dengue. | Focos do mosquito eliminados. | Informar a comunidade sobre a importância de manter o quintal limpo para evitar o criadouro do mosquito. | Pessoal: Agentes de saúde e comunidade Financeiro: Um caminhão e sacos de lixo para a coleta do material retirado dos quintais. |
| Falta de programas de incentivo ao combate da dengue. | Unidos contra a dengue: conscientizar a população sobre a importância de evitar o | Diminuição dos casos de dengue. | Atividades de educação em saúde nas escolas por exemplo. | Cognitivo: conhecimento sobre o tema. Organizacional: profissionais de saúde. |

| | | | | |
|---|---|---|--------------------------|--|
| | criadouro do mosquito; sobre sinais e sintomas da dengue. | | | Financeiro: para elaboração de panfletos informativos para distribuição. |
| Falta de organização dos serviços de zoonoses para desenvolvimento de ações de prevenção contra dengue. | Agendamento de visita dos agentes e trajetos de carros do fumacê. | Promover melhor organização do serviço de zoonoses. | Eliminação do criadouro. | Pessoal: agentes de saúde Material: carro de fumacê, divulgação dos serviços. |

Fonte: Canaverde, 2015.

4.2 Identificação dos recursos críticos

Os recursos críticos para a execução das operações/projetos estão apresentados no quadro 3. Esses recursos são essenciais para a aplicação do projeto, entretanto não estão disponíveis inicialmente.

Quadro 3- Recursos críticos para enfrentamento dos problemas apresentados.

| Operação/projeto | Recursos críticos |
|--|---|
| Mutirão de Dengue. | Financeiro: Um caminhão e sacos de lixo para a coleta do material retirado dos quintais. |
| Unidos contra a Dengue. | Financeiro: para elaboração de panfletos informativos para distribuição. |
| Agendamento de visita dos agentes e trajetos de carro do fumacê. | Político: aumentar recursos para estruturar os serviços. Financeiro: para aquisição de equipamentos para realização do trabalho. |

Fonte: Canaverde, 2015.

4.3 Análise da viabilidade do plano

A equipe da ESF não controla todos os recursos necessários. No quadro abaixo está apresentada a proposta de ação para motivação dos atores.

Quadro 4- Proposta de ação para motivação dos atores.

| Operações/ Projetos | Recursos Críticos | Controle dos recursos críticos | | Operações estratégicas |
|--|---|---|------------|---|
| | | Quem controla | Motivação | |
| Mutirão de Dengue Realizar um dia de mutirão com agentes junto à comunidade. | Financeiro: Um caminhão e sacos de lixo para a coleta do material retirado dos quintais. | Setor de zoonoses e Associação de bairro. | Favorável. | Apresentação do projeto a prefeitura e apoio da comunidade. |
| Todos contra a Dengue Intensificar a educação em saúde na unidade e realizar palestras em escolas e creches. | Financeiro: para elaboração de panfletos informativos para distribuição | Secretaria de saúde, Associação de bairro e Equipe da ESF. | Favorável. | Conscientizar todos sobre o combate à dengue. |
| Agendamento de visita dos agentes e trajeto de carros do fumacê. | Político: aumentar recursos para estruturar os serviços. Financeiro: para aquisição de equipamentos para realização do trabalho. | Prefeitura municipal, Secretaria de Saúde e Setor de zoonoses | Favorável. | Apresentar o projeto para uma melhor organização do trabalho. |

Fonte: Canaverde, 2015.

4.4 Elaboração do plano operativo

Na elaboração do plano operativo são designados os responsáveis por cada operação e o prazo.

Quadro 5- Elaboração do plano operativo

| Operações | Resultados | Produto | Operações estratégicas | Responsável | Prazo |
|--|--|--|---|---|-----------------------------------|
| Mutirão de Dengue Realizar um dia de mutirão com agentes junto à comunidade. | Realizar limpeza dos quintais e eliminar focos do mosquito. | Informar a comunidade sobre a importância de manter o quintal limpo. | Apresentação do projeto à prefeitura e apoio da comunidade. | Enfermeira responsável pelo setor de zoonose e liderança do bairro. | 1 mês para início das atividades. |
| Todos contra a Dengue Intensificar a educação em saúde na unidade e realizar palestras em escolas e creches. | Conscientizar a população sobre a dengue e que toda comunidade deve ajudar no combate. | Diminuição dos casos de dengue e uma melhor adesão da comunidade para eliminar os reservatórios de água. | Despertar a conscientização de todos. | Enfermeira da ESF e agentes comunitários de saúde. | 1 mês para início das atividades. |
| Agendamento de visita dos agentes e trajeto de carros do fumacê. | Promover uma melhor organização do serviço de zoonoses. | Eliminação do criadouro do mosquito. | Apresentar o projeto para uma melhor organização do trabalho. | Responsável pelo setor de zoonoses, motorista do carro de fumacê e agentes comunitários de saúde. | 1 mês para início das atividades. |

Fonte: Canaverde, 2015.

4.5 Gestão do plano

A gestão do plano serve para definir o processo de acompanhamento do plano. O monitoramento das ações deve ser realizado pela pessoa responsável. A avaliação deve ser feita através dos resultados obtidos, os quais devem ser analisados por todos os envolvidos nas ações para verificar se estão almejando o objetivo proposto.

Quadro 6- Acompanhamento do plano de ação

| Operação | Responsável | Prazo |
|--|---|-----------------------------------|
| Mutirão de Dengue Realizar um dia de mutirão com agentes junto à comunidade. | Enfermeira responsável pelo setor de zoonose e liderança do bairro. | 1 mês para início das atividades. |
| Todos contra a Dengue Intensificar a educação em saúde na unidade e realizar palestras em escolas e creches. | Enfermeira da ESF e agentes comunitários de saúde. | 1 mês para início das atividades. |
| Agendamento de visita dos agentes e trajeto de carros do fumacê. | Responsável pelo setor de zoonoses, motorista do carro de fumacê e agentes comunitários de saúde. | 1 mês para início das atividades. |

Fonte: Canaverde, 2015.

5 REVISÃO DE LITERATURA

Transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti*, a dengue é uma doença viral que se espalha rapidamente no mundo. Nos últimos 50 anos, a incidência aumentou 30 vezes, com ampliação da expansão geográfica para novos países e, na presente década, para pequenas cidades e áreas rurais. É estimado que 50 milhões de infecções por dengue ocorram anualmente e que aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas morrem em países onde a dengue é endêmica.

Na região das Américas, a doença tem se disseminado com surtos cíclicos ocorrendo a cada 3/5 anos. No Brasil, a transmissão vem ocorrendo de forma continuada desde 1986, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente indenes ou alteração do sorotipo predominante.

O maior surto no Brasil ocorreu em 2013, com aproximadamente 2 milhões de casos notificados. Atualmente, circulam no país os quatro sorotipos da doença.

Trata-se de uma doença de baixa letalidade, sem tratamento específico, muito embora ocorra também em forma epidêmica incapacitando as pessoas para o trabalho. Essa doença é produzida por quatro cepas de vírus: DEN1, DEN2, DEN3, DEN4. Quando ocorre a associação de um ou mais vírus em um mesmo indivíduo, ela se trata como dengue hemorrágica (DH) caracterizada por uma diátese hemorrágica e uma tendência de evolução para a síndrome de choque do dengue, que pode ser fatal (BRASIL, 2002).

A transmissão ocorre pela picada da fêmea do mosquito do vetor, que necessita de sangue humano para viabilizar a maturação dos ovos. Não há transmissão pelo contato direto de uma pessoa doente com uma pessoa sadia. Também não há transmissão pela água, por alimentos ou por quaisquer objetos. A fêmea do *Aedes aegypti* tem maior atividade durante o dia e adquire o vírus ao picar uma pessoa doente. Assim, se inicia o chamado período de incubação extrínseco, que dura de 8 a 10 dias.

O mosquito infectado transmite o vírus ao picar uma pessoa sadia, quando se inicia o período de incubação intrínseco, que dura de 3 a 15 dias. Uma pessoa infectada passa a transmitir o vírus para outros mosquitos um dia antes de apresentar os primeiros sintomas até o desaparecimento da febre (normalmente no 5º ou 6º dia – período de viremia), reiniciando o ciclo.

As manifestações clínicas da dengue variam desde um quadro de febre indiferenciada, comum em crianças, passando por um quadro febril associado com mialgias, cefaleia, e dor retro orbitária, leucopenia frequente e exantema, podendo ou não apresentar petéquias ou hemorragias leves (Dengue Clássica), até quadros graves conhecidos como Febre Hemorrágica da Dengue e Síndrome do Choque por Dengue (FHD/SCD).

Nesses quadros graves, a alteração principal é o extravasamento de plasma, na qual o paciente tem uma etapa febril indistintiva e evolui posteriormente com plaquetopenia ($<$ ou $=$ 100.000 plaquetas/mm³), hemoconcentração, derrames cavitários (pleural, ascite, pericárdio), hipotensão e choque, assim como hematêmese e outras hemorragias importantes, o que coloca o paciente em risco iminente de morte. Nos países do Sudeste Asiático, a maioria dos casos de FHD/SCD notificados ocorre em crianças; não obstante, nas Américas, as epidemias de FHD têm afetado crianças e adultos, com predomínio, em certas localidades, como no Brasil, nestes últimos (BRASIL 2007).

Desde 1845, há relatos de epidemias de dengue no Brasil (BARRETO; TEIXEIRA, 2008) e desde a década de 1980 a dengue já era um importante problema de saúde pública. A primeira evidência de ocorrência de epidemia de dengue no Brasil é de 1982 em Boa Vista-RO. Entretanto essa epidemia foi rapidamente vencida (DONALÍSIO, 1995). Após esse período o sorotipo DEN-1 foi reintroduzido no Brasil em Nova Iguaçu-RJ. A partir daí, a dengue passou a disseminar com surpreendente força de transmissão para as cidades vizinhas (BARRETO; TEIXEIRA, 2008).

No ano de 2000, 3600 municípios nos 27 estados brasileiros encontravam-se infestados pela doença. Em janeiro de 2001, foi confirmada a introdução no país do sorotipo DEN-3 (NOGUEIRA *et al.*, 2005). Esse sorotipo foi responsável pela epidemia de 2002 do Brasil, quando foram notificados aproximadamente 800 mil casos.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Durante a realização desse trabalho ficou evidente a importância de se atentar à dengue, uma vez que esta é uma doença séria e que pode matar. A dengue tornou-se um grande problema de saúde pública em todo o mundo. Estima-se que cerca de 80 milhões de pessoas adoçam anualmente, com 550 mil internações e 20 mil óbitos. Combater a dengue também tem sido o maior desafio da saúde pública brasileira.

O papel da equipe de saúde no combate à dengue não é só orientar os usuários quanto às formas de prevenção da doença, mas responsabilizá-los pela sua saúde e de toda comunidade. Somente com a participação da comunidade, mudando atitudes e colocando em prática ações para eliminação do mosquito, será possível amenizar a situação e diminuir os casos de dengue na comunidade.

A atenção básica tem um papel fundamental no controle da dengue, desenvolvendo ações de promoção, prevenção e atenção ao doente. As equipes devem desempenhar atividades relacionadas a educação em saúde, observação do domicílio e espaço comunitário e orientar sobre a remoção e destruição de possíveis criadouros do mosquito. Todos os profissionais devem estar capacitados e atualizados para implementação dos protocolos assistenciais, realizando a detecção precoce dos sintomas, direcionando ao tratamento correto, notificando e acompanhando os casos.

Espera-se com o plano de ação estreitar a relação entre a equipe de saúde e a população atendida, e melhorar a participação comunitária com o desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção da ESF, o que poderá contribuir para a diminuição dos números de casos de dengue.

7 REFERÊNCIAS

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

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Vigilância em Saúde: Dengue, Esquistossomose, Hanseníase, Malária, Tracoma e Tuberculose*. Brasília, 2008. 2. ed. rev. 197 p.

CALLAWAY, e. Dengue fever climbs the social ladder. *Nature*. V.448, n.16, ago 2007.

DONALÍSIO, M.R.C. O enfrentamento de epidemias: as estratégias e perspectivas do controle do dengue. Campinas, 1995. Tese (doutorado) – Universidade de Campinas.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A.; **Elaboração do plano de ação**. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2010. 118 p. il.

FARIA, H.P.; CAMPOS, F.C.C.; SANTOS, M.A. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. In: CAMPOS, F. C. C.; FARIA, H. P.; SANTOS, M. A. Planejamento e avaliação das ações em saúde. 2ª ed. Belo Horizonte: NESCON / UFMG, 2010. 118 p. il.

FRANÇA, E; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. V.20, n.5, p.1334-1341. Set-out, 2004.