

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE**

**EDINEIA RIBEIRO DOS SANTOS**

**Dengue em Campo Grande sob a perspectiva de profissionais de saúde:**

**30 anos de história**

**CAMPO GRANDE  
2019**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO EM SAÚDE E  
DESENVOLVIMENTO NA REGIÃO CENTRO-OESTE**

**EDINEIA RIBEIRO DOS SANTOS**

**DENGUE EM CAMPO GRANDE SOB A PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE:**

**30 ANOS DE HISTÓRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro Oeste, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Orientador: Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

Co-orientador: Prof. Dr. Sonia Maria Oliveira de Andrade

**CAMPO GRANDE  
2019**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela vida e oportunidade de ter chegado até aqui.

Aos meus pais e irmã por sempre acreditarem no meu potencial e apoiarem minhas escolhas.

A minha companheira, amiga, parceira Alessandra Moura, que esteve ao meu lado em todos os momentos felizes e tristes dessa caminhada me ajudando a tornar esse sonho realidade com muita paciência e amor.

Aos meus orientadores Prof Rivaldo Venâncio da Cunha e Prof Sonia Maria Oliveira de Andrade, já trabalho com vocês há 11 anos. Entrar e sair do mestrado foi a tarefa mais difícil que já tive que resolver de todas.

Prof Rivaldo serei eternamente grata as oportunidades que o senhor me proporcionou, como profissional e aluna o seu exemplo de generosidade me contagia e me faz uma pessoa melhor. Obrigada.

Profa Sonia, obrigada por fazer parte desse processo e mesmo antes de saber o que seria o projeto aceitou participar, sempre muito atenciosa, carinhosa.

A Profa Cássia Barbosa Reis que trilhou esse caminho junto com a gente, sempre disposta a nos ajudar.

A minha amiga Izilyanne Hoscher, que mesmo longe está presente em todos os momentos me apoiando.

Aos amigos que a vida me presenteou nesse período Profa Crhistine Maymone, Suzana Bomfim, Ellen Ribeiro e Leilane Prado. Vocês fizeram os meus dias mais leves.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro Oeste, em especial ao meu amigo Ademir Júnior sempre muito atencioso e disposto a fazer o melhor atendimento a todos.

## RESUMO

Ao longo dos últimos trinta anos, a doença dengue, transmitida pelo vetor *Aedes aegypti*, tem-se mostrado a mais importante arbovirose que afeta o homem, colocando em risco milhões de pessoas todos os anos. Em Campo Grande, capital do MS, desde a confirmação da circulação da doença na década de 1980, diversas epidemias já atingiram a cidade. Por ser uma doença considerada um problema de saúde pública, afetando a vida da população, buscou-se neste estudo a caracterização da história da dengue em Campo Grande, por meio de entrevistas realizadas com doze profissionais de saúde atuantes na assistência, gestão, controle e enfrentamento da dengue a partir do surgimento da doença, no período de 1987 a 2017. Os dados foram organizados por meio da técnica do discurso do sujeito coletivo, resultando em três ideias centrais: contexto histórico, desafios para enfrentamento da dengue e avanços e possibilidades. Os resultados da pesquisa demonstraram as fragilidades do setor saúde frente a dengue, em especial em situações de epidemia, como a falta de estrutura, o desafio em organizar a rede de saúde, a fragilidade do conhecimento da doença pelos profissionais, a rotatividade e evasão dos recursos humanos capacitados e a falta de comprometimento com as ações de prevenção da doença pela descontinuidade das ações. Como avanços e possibilidades foram destacadas a importância das ações intersetoriais para a construção do saber, a articulação entre ensino e serviços e o desenvolvimento de pesquisas com o envolvimento destes participantes. Diante dos resultados apresentados pela pesquisa conclui-se que as memórias dos profissionais que contribuíram para o controle da dengue, a atuação das frentes de trabalho e os estudos realizados caracterizam a história da dengue na capital de Mato Grosso do Sul e, que somente a participação de todos em uma ação coletiva pode potencializar os esforços para o enfrentamento da doença.

Descritores: Dengue. Pessoal de Saúde. Colaboração Intersetorial.

## SUMMARY

The aned the denguilance, the dengue disease, transmitted by the vector *Aedes aegypti*, has been shown to be the most important arbovirose that affects man, with every year. In Campo Grande, capital of Mato Grosso do Sul, several epidemics have already hit the city. Because it is a disease related to the public health problem that affects the life of the population, this study aimed to characterize the history of dengue fever in Campo Grande, through interviews with health professionals involved in care, Coping with dengue fever from the onset of the disease from 1987 to 2017. The data were organized using the collective subject discourse technique, with emphasis on large dimensions: historical context, challenges to coping with dengue and advances and possibilities. The symptoms of the epidemic, such as the lack of structure, the challenge of organizing a health network, the fragility of knowledge for professionals, a rotation and evasion of human resources, and a lack of commitment to disease prevention actions due to discontinuation of actions. As advances and perspectives were highlighted one of the intersectoral actions for the construction of knowledge, a link between teaching and services and the development of research with participants. Considering the results, the research concluded the memories of the professionals who contributed to the control of dengue, the accomplishment of the studies and the studies carried out characterize a history of dengue in the capital of Mato Grosso do Sul and that only a participation of all types of collective actions may potentiate efforts to cope with the disease.

Key words: Dengue. Health Personnel. Inter-Sectoral Collaboration.

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	8
2	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	10
2.1	Contextualização da dengue .....	10
2.2	A organização da saúde pública frente às epidemias .....	13
3	<b>OBJETIVOS</b> .....	16
3.1	Objetivo geral .....	16
3.2	Objetivos específicos .....	16
4	<b>METODOLOGIA</b> .....	17
4.1	Tipo, local e período da pesquisa .....	17
4.2	Participantes da pesquisa .....	17
4.3	Coleta de dados primários .....	17
4.4	Organização e análise dos dados .....	18
4.5	Aspectos éticos .....	18
5	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	19
5.1	<b>Contexto</b> .....	19
5.2	<b>Obstáculos para o enfrentamento da dengue</b> .....	22
5.2.1	Organização da rede de saúde .....	22
5.2.2	Recursos Humanos .....	24
5.2.3	Conscientização da necessidade contínua das ações .....	25
5.3	<b>Avanços e possibilidades</b> .....	27
5.3.1	O processo da construção do saber .....	28
6	<b>CONCLUSÕES</b> .....	31
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	32
	APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	37
	APÊNDICE B – ARTIGO .....	38
	ANEXO A – AUTORIZAÇÃO LOCAL DE ENTREVISTAS .....	43
	ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP .....	44

## 1 INTRODUÇÃO

Os casos de dengue ocorrem principalmente em regiões de clima tropical e subtropical como países da Ásia, Oceania, África e das Américas. O vírus é disseminado pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*, plenamente adaptada a climas quentes e úmidos (TORRES, 2005). De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incidência por dengue se elevou drasticamente em todo o mundo, com estimativa de 390 milhões de infecções por ano (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2018).

O espectro clínico da doença é amplo, variando de formas assintomáticas, oligossintomáticas ou até formas mais graves, não existindo ainda um parâmetro definido para explicar as causas das infecções mais graves. Teorias apontam que estes casos podem ocorrer devido à reincidência de contaminação do hospedeiro, maior virulência da cepa de vírus infectante, características do organismo hospedeiro ou uma combinação dessas possibilidades (TAUIL, 2002).

Favorecido pelo clima, no Brasil, o mosquito se reproduz com facilidade. Em Mato Grosso do Sul, o vírus tipo 1 foi isolado pela primeira vez no ano de 1987. A doença, na capital do Estado, foi motivo de preocupação para a saúde pública durante uma epidemia no ano de 1995, quando foi registrado o primeiro caso de dengue hemorrágica, embora os casos de dengue já estivessem ocorrendo desde 1990 (CUNHA *et al.*, 1996).

A doença tem causado impacto na saúde pública, principalmente nos primeiros meses do ano, quando ocorrem as epidemias, período de maior incidência de calor e chuva. Essa combinação mobiliza a sociedade, em especial gestores e profissionais da saúde, que intensificam ações de prevenção e tratamento da doença.

Neste sentido, observa-se que muitos profissionais se voltam ao estudo da temática visando contribuir ao enfrentamento do problema. Teixeira *et al.* (2008) destacam que a articulação de pesquisadores de diversos campos de conhecimento contribui para o desenvolvimento de estratégias capazes de imprimir impacto sobre a ocorrência das infecções produzidas pelo vírus dengue, que perpassa as ciências da saúde, abrangendo as ciências humanas e sociais.

Os estudos realizados até então, de forma geral, estão mais relacionados aos sintomas, problemas com o vetor e ao tratamento. Desse modo, procurou-se por meio dessa pesquisa caracterizar a história da dengue sob a perspectiva dos profissionais de saúde, pois conforme Ferreira e Amado (2006, p.41), “é por meio da história que se pode conhecer o passado, refletir sobre o presente e planejar o futuro”. O resgate das memórias dos profissionais envolvidos nesta temática pode contribuir para novas ações de prevenção, manejo e controle da doença.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

### 2.1 Contextualização da dengue

As denominações da dengue são diversas e vêm sendo utilizadas ao longo do tempo por diferentes categorizações e designações, desde doença tropical, doença infecciosa, doença endêmica, doença reemergente, doença negligenciada, até dunga, febre quebra-ossos, veneno d'água, dentre outros (VALLE; PIMENTA, 2015).

Além da variação de nomes, diversas foram as teorias sobre sua origem. Nas Ilhas Britânicas do Caribe, era chamada de febre Africana, pois acreditava ser originária da África e teria sido trazida pelos escravos. Na Índia, chamava-se febre de Aden, acreditando que teria surgido em Aden na Arábia (REGO, 1872; RIGAU-PEREZ, 1998; THOMAS, 1880).

O primeiro relato de um possível caso de dengue foi constatado na China entre 265 e 922 d.C. e foi associado à transmissão por insetos ligados de alguma forma à água. Por essa associação, a doença recebeu o nome de 'veneno da água' e o registro dessa ocorrência reforçou a hipótese de a doença ter origem asiática. Posteriormente a esse relato, novos registros foram realizados mais de seiscentos anos depois, em 1635 nas Índias Ocidentais Francesas ou Caribe (GUBLER, 1998; SCHNEIDER; DROLL, 2001).

Anteriormente, em 1906 e 1908, estudos já levantavam hipóteses consistentes de transmissão por meio de mosquitos do gênero *Aedes aegypti*. Nesse período, testes foram realizados com o *Culex fatigans* e o *Stegomyia fasciata*, atual *Aedes aegypti* (BANCROFT, 1906; TORRES, 2005). Em 1916 por meio das pesquisas de Cleland e colaboradores foi confirmado que o mosquito *Aedes aegypti* é o transmissor da doença (CLELAND; BRADLEY; MCDONALD, 1918).

Nas Américas, a primeira evidência com confirmação laboratorial data de 1945, quando foi registrado nos Estados Unidos a ocorrência de casos autóctones. Outros registros datam de 1980, quando o vírus se alastrou pelo Estado do Texas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE, 1981).

No Brasil, o primeiro diagnóstico de dengue com bases laboratoriais data de 1982, com ocorrência na cidade de Boa Vista, Roraima (OSANAI *et al.*, 1983; TRAVASSOS, 1982). Já a descrição da primeira epidemia, ainda sem comprovação

laboratorial, direcionada para 1846, na cidade do Rio de Janeiro, surto que se estendeu até o final da primeira metade de 1847, retornando em 1848 (LUZ, 1889).

O *Aedes aegypti* é um mosquito facilmente encontrado em diversas partes do mundo em que predominam o clima quente e úmido, habitando preponderantemente espaços urbanizados e atuando a qualquer hora do dia, o que deixa clara sua capacidade extremamente eficiente de transmissão do vírus (TAKAHASHI, 2004).

No que tange à dispersão, o mosquito tem se espalhado de maneira vertiginosa ao longo do território brasileiro, tendo sido encontrado em várias regiões e sub-regiões dos centros urbanos do País, levando consigo uma elevada produção de epidemias. As epidemias têm se tornado mais letais no decorrer dos anos, notadamente por causa do crescente número de notificações de ocorrências de casos relacionados à presença de dengue hemorrágica (MENDONÇA *et al.*, 2009).

Durante as décadas de 1980 e 1990, foram registradas três grandes epidemias no Brasil. A primeira, ocorrida no Rio de Janeiro entre 1986 e 1987. A segunda também no Rio de Janeiro, além do Ceará, entre 1990 e 1991. Tendo em vista a dispersão do vetor pelo território nacional, nos anos 1997 e 1998, o terceiro grande surto foi registrado no país (SILVA Jr. *et al.*, 2002).

Como visto, o Brasil enfrenta desde o início da década de 1980 diversos problemas no que diz respeito ao controle das infecções oriundas do contato humano com o vírus da dengue; em que pesem os esforços envidados para o controle dessa doença no país e os vultosos recursos alocados continuamos sofrendo as consequências da doença e o controle do *Aedes aegypti*, vetor por excelência do vírus da dengue nas Américas (TEIXEIRA, 2002).

No Brasil, o primeiro caso de dengue hemorrágico, ocorreu em 1990, após a introdução do vírus tipo 2, o DENV-2. Na década seguinte, o número de casos confirmados subiu para 893, com ocorrência de 44 mortes. Em 2002, o número de óbitos subiu para 150 (SIQUEIRA *et al.*, 2005). A dengue possui características sazonais em sua ocorrência. No país, a maior incidência ocorre nos primeiros cinco meses do ano, período de maior calor e umidade (BRASIL, 2007).

No Estado de Mato Grosso do Sul, a ocorrência de casos de dengue tem aumentado gradativamente, com taxas acima das registradas no restante do país, sendo considerado de alta incidência. Em 1997, os registros apontavam 253,74 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, subindo para 404,96 casos para cada grupo de 100 mil habitantes em 1999 e 517,61 em 2001 (BRASIL, 2004).

A primeira epidemia registrada no Estado data de 1990. Durante a epidemia, a capital do estado registrou 9757 notificações, totalizando cerca de 1470 casos para cada grupo de 100 mil habitantes (CUNHA, 1997). A segunda epidemia ocorreu em 1995, e uma terceira em 2002, pela introdução do DENV-3. Durante a terceira epidemia foram registrados na capital 1920 casos para cada 100 mil habitantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002).

Os anos de 2006 e 2007 foram marcados por grandes surtos no país. Na região Centro-Oeste foram apontados 827 casos para cada grupo de 100 mil habitantes, sendo considerada a região com maior incidência. E, entre os estados da região, Mato Grosso do Sul registrou o maior índice, cerca de 74.902 casos, o que corresponde a 3.213 casos referentes a cada grupo de 100 mil habitantes (BRASIL, 2007).

No ano de 2008, o número de casos manteve-se no percentual projetado, sendo 1.743 casos notificados por 100 mil habitantes, mas em 2009, houve aumento no número de casos e, em 2010 uma nova epidemia se alastrou, totalizando 42.245 notificações. Dessas, 130 referem-se a febre hemorrágica e 22 pacientes vieram a óbito. Em 2011 foram 6.268 suspeitas com 14 casos de febre hemorrágica e três óbitos. Em 2012, 8.087 casos foram registrados, sendo 24 de febre hemorrágica e quatro óbitos. No ano de 2013, a capital sofreu a pior epidemia de todos os tempos com 46.634 notificações, sendo 86 casos de dengue grave e 12 óbitos (CAMPO GRANDE, 2013).

Em 2015, 14.450 casos foram registrados, sendo oito classificados como dengue grave e três óbitos. Em 2016, houve aumento no número de casos notificados, alcançando 28.469, sendo seis classificados como dengue grave e quatro registros de óbito. Em 2017, as notificações voltaram a cair e foram registradas 3.190, sem registro de dengue grave e óbitos. Já no ano de 2018 até o dia 12/12/2018, foram registradas 2.152 notificações, sem registro de dengue grave e óbitos (CAMPO GRANDE, 2018).

Pode-se afirmar que a dengue tem avançado no Brasil desde a década de 1980 e tem mobilizado esforços para o seu enfrentamento, tanto dos serviços de saúde quanto da sociedade em geral, nos aspectos relativos à prevenção, controle e tratamento. Portanto, é necessário compreender como essa organização se dá em situações de epidemias.

## 2.2 A organização da saúde pública frente às epidemias

Partindo-se do pressuposto de que todas epidemias são previsíveis, nada mais lógico que organizar a rede de serviços de saúde com antecedência, planejamento e a seriedade que o problema exige (CUNHA *et al.*, 2015).

Conforme a legislação brasileira, a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), dos diferentes níveis de atenção, deve ser feita por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS), que são considerados “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010, p. 1).

Para garantir a integralidade do cuidado, o manejo adequado deve ser organizado em todos os níveis de atenção, de forma a evitar o desfecho desfavorável dos casos e priorizar a melhoria da qualidade da atenção. É também necessária especial atenção ao processo de trabalho, à estrutura dos serviços e à configuração do apoio diagnóstico para que todos estejam preparados para qualquer nível de gravidade da doença (BRASIL, 2013a).

Nos processos de trabalho há que se investir em educação permanente para todos os profissionais de saúde incluindo conteúdos referentes à prevenção, manejo clínico, tratamento e cura dos pacientes. A atualização dos protocolos, a divulgação das informações em tempo real, utilização dos meios de comunicação e divulgação de evidências científicas e protocolos disponibilizados pelo Ministério da Saúde devem ser permanentes (BRASIL, 2013b).

Para tanto, recomenda-se a integração das ações de vigilância em saúde no contexto da atenção primária, principal porta de entrada do usuário. Com esta compreensão, visando a garantia do bom andamento do processo de trabalho, o Ministério da Saúde do Brasil recomenda que “seja delegada a função de coordenação das atividades dentro de uma unidade básica de saúde a um determinado profissional”, de forma a que esse profissional designado tenha amplo conhecimento das práticas assistenciais e seja a referência para a equipe (BRASIL, 2013c, p. 12).

Em relação à organização dos serviços, cabe destacar que as estruturas físicas como recepção, triagem, acolhimento do paciente, banheiros, cadeiras, bebedouros e macas são fundamentais para o bom desempenho do trabalho, bem como a adequada

disponibilização e armazenamento de insumos e medicamentos básicos. Além da garantia do andamento do processo de trabalho e da estrutura física, o apoio diagnóstico para realização de exames inespecíficos e específicos com rápida resposta, compõem o pilar de efetividade dos serviços (BRASIL, 2013d).

Entretanto, além do setor saúde, observa-se que existem fatores internos e externos que contribuem para o bom andamento das atividades de controle e prevenção de dengue. Neste sentido, Tauil (2015, p. 12) destaca a complexidade dessa doença e ressalta que a mesma “ultrapassa os limites do setor saúde, abrangendo as áreas de educação, comunicação social, saneamento básico, limpeza urbana, políticas habitacionais, entre outras”.

A partir desses fatores internos e externos, ao longo desse período, foram criadas alternativas para o controle e prevenção da doença, ou seja, políticas que foram implementadas para atuar no problema. Pode-se citar iniciativas do Governo Federal como o Programa de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) em 1996, que não atingiu os resultados esperados, mas possibilitou a formação de um modelo descentralizado de controle da doença, fortalecendo as ações de controle do mosquito (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Outra iniciativa que se destaca foi a de criação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) em 2002, com o objetivo de implementar ações que gerassem impactos e melhor enfrentamento da doença, como a redução da infestação pelo *Aedes aegypti*, a redução da incidência da dengue e da letalidade por febre hemorrágica de dengue. Um dos componentes do PNCD foi o de promoção do acompanhamento da implantação do plano na execução das ações, com a constituição de comitês de acompanhamento e avaliação dos indicadores nas três esferas de governo: nacional, estadual e municipal. Os Comitês de Combate ao *Aedes aegypti* são compostos por meio de parcerias entre entidades não governamentais e sociedade civil, que realizam ações de controle do mosquito (FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE, 2002).

Estudos apontam a importância e a necessidade de parcerias intersetoriais para o alcance do sucesso na prevenção a dengue, pois a articulação entre os saberes e experiências, criando espaços onde as relações de poder são compartilhadas e os interesses individuais coletivizados (CANÇADO *et al.*, 2014). Neste sentido, a manutenção dos Comitês de Combate à Dengue é uma estratégia fundamental para construção de ações de prevenção à doença, já que a formação é composta por

diversos setores da sociedade, possibilitando a mobilização, o fortalecimento e a construção de uma rede de ação intersetorial.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Objetivo geral**

Caracterizar a história da dengue em Campo Grande na perspectiva de profissionais de saúde.

#### **3.2 Objetivos específicos**

Para o alcance do objetivo geral foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- a) conhecer os obstáculos para o enfrentamento da dengue e
- b) identificar os avanços e possibilidades relacionados ao controle da doença.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo, local e período da pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva, com coleta de dados primários realizada em Campo Grande – MS, abrangendo o período de 1987 a 2017.

### **4.2 Participantes da pesquisa**

Foram identificados 16 profissionais de saúde atuantes na assistência e gestão no controle e enfrentamento da dengue a partir do surgimento da doença, em Campo Grande-MS, por meio de buscas em mídias de arquivos públicos municipais. Em seguida foram contatados via telefone ou pessoalmente para explicação da pesquisa e convite para participar. Aceitaram ser entrevistados 12 profissionais, visto que os outros não tiveram disponibilidade de horário.

### **4.3 Coleta de dados primários**

Precedendo a realização da entrevista foi agendado horário de acordo com a conveniência do participante, em local reservado, nas dependências da Faculdade de Medicina (FAMED) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Todos os que aceitaram ser incluídos como sujeitos, foram informados sobre a pesquisa, os objetivos, a metodologia empregada, inexistência de riscos atuais ou potenciais, benefícios previstos, a razão de sua escolha como participante e a necessidade de leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após as informações e a concordância, procedeu-se a leitura do TCLE e após a confirmação da compreensão do seu teor, houve o convite para a assinatura, em duas vias, ficando uma com o participante e outra com a pesquisadora. Concluído o processo de obtenção do TCLE, foi iniciada a coleta individual dos dados. A técnica utilizada foi a entrevista, por meio de um roteiro semiestruturado (Apêndice A) composto de perguntas direcionadas a identificar as memórias quanto a temática dengue. As entrevistas foram gravadas, com consentimento do entrevistado, visando auxiliar na transcrição dos dados coletados.

#### 4.4 Organização dos dados

Os dados foram transcritos pela própria pesquisadora, organizados e analisados sob a perspectiva do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre (2003) e, para tanto foi utilizado o Instrumento de Análise do Discurso (IAD) (figura 1).

Figura 1: Modelo de Instrumento de Análise do Discurso

Participante	Expressões Chave	Ideias-Centrais

No IAD, a partir dos conteúdos discursivos, foram identificadas as ideias-centrais (IC), que são expressões que sintetizam precisamente o sentido de um trecho do discurso. As ideias-centrais são exemplificadas por meio de expressões-chave (EC) que se constituem de trechos/fragmentos discursivos que exemplificam/expressam o que foi dito pelos participantes, ou seja, as IC são “o que” os entrevistados quiseram dizer e as ECH, “como” isso foi dito.

As ECH, então, foram reunidas em um discurso síntese (DSC) redigido na primeira pessoa do singular, capaz de representar a fala de várias de pessoas.

#### 4.5 Aspectos éticos

A presente pesquisa foi cadastrada na Plataforma Brasil, submetida à apreciação ao Comitê de Ética da UFMS (CEP/UFMS) e aprovada sob o número 2.437.814 (Anexo A).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram organizados em três Eixos Temáticos, sendo estes: Memórias sobre a Doença, Obstáculos para o enfrentamento da dengue e Avanços e possibilidades, conforme figura 1.

Figura 1 – Eixos Temáticos e Ideia Central do DSC, Campo Grande, 2018

<b>Eixos Temáticos (n=12)</b>	<b>Ideia Central</b>	<b>DSC</b>
Contexto histórico	Memórias sobre a doença	1
Obstáculos para o enfrentamento da dengue	Organização da rede de saúde	2
	Recursos Humanos	3
	Conscientização da necessidade contínua das ações	4
Avanços e possibilidades	O processo de construção do saber	5

### 5.1 Contexto Histórico

Em relação às memórias sobre a doença, as entrevistas possibilitaram a lembrança de aspectos relacionados ao processo vivenciado em relação a dengue em Campo Grande, como descrito a seguir:

#### 5.1.1 DSC 1 - Memórias sobre a doença

Na época, 1993, não tínhamos nenhum caso de dengue aqui em Campo Grande. Em 1995 começaram a aparecer casos de doença febril aguda, com rash cutâneo, os serviços de saúde estavam furados, as pessoas iam nos postos de saúde, e eram informadas a ir na Funasa. E era eu e outra médica. Nos anos 1994/1995, nós começamos a fazer uma atividade de busca ativa de casos. No início não foram muitos casos, mas eram casos que a gente na verdade estava aprendendo porque a referência que se tinha muito era a do que tinha acontecido em Cuba. Nós passávamos Tylenol e repouso e nem solicitávamos exames de sangue porque a rede não oferecia e não tinha como receber todo esse pessoal porque era um volume muito grande. O que me lembro de memória, em 1995, foi a primeira vez que eu vi um paciente com dengue e a gente tinha uma maca, um esteto, material para coleta, uma balança. Mas daí foi aumentando o número de casos assim já como epidemia, foi em 1995 que nós fizemos o primeiro diagnóstico de um caso, o primeiro dengue hemorrágico na classificação de gravidade que existia à época foi internada no HU. Dificuldade que tive que nos atendimentos foi o número de vagas

para internação dos casos graves. Essa vaga para internação nós estamos sofrendo há bastante tempo, cronicamente. Eu não me lembro em qual dos anos, talvez 2003, o hospital foi chamado para fazer aumentar o número de leitos pra atender os internados por dengue. O hospital Dia foi aberto em 2002 ou 2004, logo depois em 2007 o hospital foi colaborar com a epidemia; ele, que atende só de dia, abriu as portas 24 horas para atender a enorme demanda que estava tendo de dengue. Em 2007, aí tivemos uma grande epidemia aqui no município, quase 40 mil notificações. Nessa época nos organizamos para atender as pessoas em diversos postos em diversas frentes, porque explodiu mesmo, faltaram leitos e tivemos muitas complicações. Ali a gente viu praticamente todas as complicações que a doença dava e que não era uma coisa assim tão inócua, tão benigna quanto nós achávamos no começo. A municipalização dos serviços (entrevistada referia-se ao processo de municipalização que ocorreu entre União, estados e em municípios a partir de 1996) apesar dos contra, teve uma série de prós. Essa coisa como é que Brasília vai controlar a Unidade de Saúde do Tarumã não existe, e nós aqui sabemos imediatamente o que está havendo nos bairros, as proximidades do município com o municípe é evidente. Em relação à dengue algumas coisas mudaram nesse período todo que estou avaliando; houve um ano de epidemia em que a organização do serviço foi muito boa, não me lembro se foi 2007 ou 2010. A Universidade e a Secretaria de Saúde se uniram e organizaram o atendimento de tal maneira que houve muita capacitação. A evolução do CIEVS - Centro de Informação em Vigilância em Saúde, a URR - Unidade de Resposta Rápida, essas coisas foram acontecendo com o aprimoramento e investimento em vigilância. A gente sempre fica na expectativa que cada gestor que vem mantenha a estrutura da vigilância fortalecida e que a gente possa realmente avançar nas capacitações dos recursos humanos, nos insumos materiais para gente dar uma assistência com maior qualidade ao paciente, porque a cada tempo que passa essa sintomatologia se torna mais intensa. O controle da dengue é um trabalho que ficou só sobre responsabilidade da saúde e envolve todas as outras secretarias. Esse trabalho foi meio complicado de você realizar, de ter os parceiros, cada um tem sua função e obrigações para o controle e combate do mosquito e com isso diminuir os casos de dengue. O comércio nos ajudou muito na época e as outras secretarias, Secretaria de Obras de Infraestrutura, o Sindicato dos Construtores, (a parte de engenharia e arquitetura); todos eles tiveram que nos ajudar. Não pode deixar que esses parceiros se afastem; nós temos que trabalhar em conjunto eu acho que as outras secretarias interligadas, o comércio e a população.

O resgate histórico da epidemia no município apresenta o contexto da mesma, os aspectos relacionados as fragilidades percebidas pelos profissionais de saúde na organização estrutural dos serviços, bem como nas questões clínicas da doença.

A estruturação dos serviços encontra-se presente em todos os discursos, principalmente quando refere-se a leitos para internação de casos graves de dengue, pois a superlotação dos hospitais foi frequente. Foi ressaltado que em ocorrência de epidemias, os problemas crônicos já existentes nos serviços de saúde ficavam ainda mais evidentes, provocando maior agravamento desta realidade.

Os serviços de saúde atuam como prestadores de serviços, em que prioritariamente ações curativas são valorizadas. No entanto, está pontuado na Constituição e Lei Orgânica da Saúde, que ações preventivas e de promoção deveriam ser tão prioritárias quanto as demais ações de saúde (CARVALHO *et al.*, 2008).

Com a implementação do SUS desde 1988, incluindo a municipalização dos serviços e o próprio fortalecimento da rede de atenção básica surgiram novas relações da população com os serviços próximos à sua residência, por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF). Além disso, as medidas de prevenção e controle efetuadas pelos agentes de endemias foram se consolidando ao longo do período (PIMENTA JÚNIOR, 2015).

Em Campo Grande, nos 30 anos de história da dengue, muitas modificações ocorreram em relação a organização dos serviços de saúde. Este ponto foi mencionado nos discursos como importante porque o processo de municipalização possibilitou que a cidade tivesse autonomia para realizar as ações que atendessem as demandas locais, aspecto esse apontado por Machado Costa; Soares (2015).

O desafio em lidar com a situação da epidemia foi manifestado pelos participantes, tanto pela ocorrência do aumento dos casos quanto pela própria natureza da doença.

Um dos desafios foi a vigilância da dengue, pois percebe-se que o deflagrar da busca ativa dos casos foi relatado como iniciado tão somente após o surgimento de muitos casos da doença. A importância das buscas ativas se dá porque possibilitam o conhecimento caso algum evento esteja acontecendo sem registros nos serviços de saúde (BRASIL, 2010).

Outro aspecto evidenciado no discurso foi o desconforto dos profissionais de saúde em relação ao desconhecimento sobre a doença, pois relataram a preocupação em prestar um bom atendimento ao paciente, com adequada conduta clínica.

Isso fez com que os próprios profissionais se mobilizassem na busca por alternativas que os ajudassem a enfrentar a epidemia, tais como se apoiarem em experiências internacionais que nem sempre eram semelhantes às do Brasil, pois cada país tem suas próprias características climáticas, o que diferencia o comportamento da doença em cada lugar.

Cunha e Martinez (2015) ressaltam que a dengue continua sendo uma doença enigmática, sendo necessária especial atenção no manejo clínico da doença e

destacam que as epidemias são previsíveis e que o planejamento da organização da rede de serviço é fundamental para evitá-las. Nesse sentido há de se investir em processos de educação permanente para esses profissionais, capacitações para o atendimento clínico adequado.

## 5.2 Obstáculos para o enfrentamento da dengue

No segundo momento foi solicitado aos participantes que descrevessem quais foram os principais obstáculos para o enfrentamento da dengue. Segue abaixo os três DSC, provenientes da questão levantada:

### 5.2.1 DSC 2 - Organização da rede de saúde

Uma grande dificuldade é a notificação, sempre foi um problema para a vigilância a subnotificação. A dificuldade foi estruturar esse serviço, para pelo menos agilizar a informação e para que o controle de vetor conseguisse rapidamente combater e controlar a epidemia. Quando temos a notificação podemos tomar uma medida de controle, quando não temos não podemos tomar uma medida de controle naquela aérea, mandar o carro para passar o “fumacê”. Campo Grande não tinha, como não tem até hoje, uma estrutura de rede para receber os pacientes. A organização da rede, para os projetos, processos de trabalho, prevenção/control do vetor e para assistência das pessoas em situações de epidemia. A gente sabe que as medidas não são tão bem aplicadas ou são insuficientes para o controle da doença. É uma questão de organizar o serviço para evitar gravidade e óbito, mas nem sempre você consegue esse nível de organização. O mais difícil é organizar o fluxo de atendimento em época da epidemia. Um centro de referência, teoricamente, receberia os pacientes mais graves e os menos graves seriam atendidos em unidade básica. Quando há desorganização da rede, eu não tenho condições de chegar numa pessoa que está passando mal e falar: olha você procura um posto de saúde, eu tenho bastante medo dele chegar lá e não ser atendido, ainda mais em época de epidemia em que estão superlotados. Toda essa situação de organização da rede ter a referência, quais são os hospitais para se encaminhar os casos mais graves, como organizar a coleta dos exames, eu entendo que foi mais desafiador do que atender o paciente propriamente dito; vejo muitas deficiências na questão assistencial de organização dos serviços, de ter profissionais da pratica comprometidos com essa causa dando continuidade. A nossa angustia como infectologista era o atendimento tardio desse paciente, começar com uma hidratação precoce ainda mais as pessoas que tinham comorbidades. O que nos ajudou muito na epidemia foi quando a gente pode abrir os dois hospitais dia para atendimento dos casos mais complicados onde os infectologistas acompanhavam para tirar um pouco dos hospitais terciários. O Programa Nacional de Controle da dengue tem tudo, dez itens fundamentais, incluindo o aperfeiçoamento dos recursos humanos e o aperfeiçoamento da vigilância, a assistência ao paciente.

O discurso revela algumas dificuldades vividas pelos profissionais quanto ao impacto que a desorganização da rede gera no atendimento ao paciente, por meio do destaque da importância da vigilância epidemiológica estruturada, da organização dos serviços de saúde e da estruturação adequada da rede.

A Vigilância Epidemiológica (VE) é conceituada como um “conjunto de ações que proporciona o conhecimento, a detecção ou prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual ou coletiva, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle das doenças ou agravos” (BRASIL, 2010, p. 46).

No discurso foi ressaltado o sistema de notificação que compõe o trabalho da vigilância epidemiológica, apresentado pela dificuldade de registro e comprometimento de profissionais em implementar as fichas de notificação.

A notificação compulsória é o instrumento para coletar as informações fornecidas nas unidades de saúde, consiste em uma gama de informações de diferentes fontes, como dados pessoais, socioeconômicos e aqueles relacionados à doença, que juntos nos permite traçar um perfil individual, mas quando adicionados a outras ocorrências podem mostrar o perfil de uma determinada comunidade. A falha no processo de notificação gera inconsistências no processo de monitoramento da vigilância (ARAÚJO *et al.*, 2016).

Chama atenção no discurso a preocupação do participante ao correto registro de dados no Sistema Informação de Agravos de Notificação (SINAN), como principal elemento de informação para a correta tomada de decisão; no caso uma medida de controle, como por exemplo o controle químico.

O DSC revela a preocupação dos profissionais na organização dos fluxos de atendimento e também do reconhecimento da abertura de dois hospitais dia como pontos de atenção essenciais para a absorção dos casos durante a epidemia. Sabe-se que uma boa organização da rede de serviços de saúde é fundamental para o enfrentamento de uma epidemia. Nesta ótica, ressalta-se que profissionais capacitados e comprometidos na vigilância e na atenção à saúde, processos de trabalho voltados à responsabilização e ao vínculo com o paciente são molas propulsoras de melhorias no manejo e no controle da epidemia.

A organização da rede de saúde, em especial nas epidemias, é essencial no *lôcus* da atenção primária, que de acordo com Andrade (2004) é considerada a porta

de entrada no sistema de saúde, prestando atendimento na maioria dos casos de dengue, uma vez que os pronto-atendimentos não tem capacidade de absorver toda a demanda e o setor terciário deve estar disponível aos casos graves.

No entanto para o devido encaminhamento dos atendimentos é necessário que o setor primário esteja adequadamente estruturado, tanto nas condições físicas como de insumos e materiais, bem como na definição de fluxos. O suprimento de insumos e materiais deve ser organizado pelas equipes e pelos gestores no intuito de que não haja falhas na aquisição e/ou disponibilização para a prestação dos serviços. Deve haver disponibilidade de recursos, garantia de estabelecimentos de saúde que ofereçam serviços de qualidade (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

Quanto aos procedimentos de encaminhamentos, as equipes de saúde devem estar bem informadas, cientes de quais e quando efetuarão, ou seja, fluxos definidos e prontos para serem colocados em prática. No processo de organização do serviço de saúde, o envolvimento das equipes é essencial, de forma a estimulá-las a serem co-responsáveis.

### 5.2.2 DSC 3 - Recursos Humanos

Acho que foi em 2007, se eu não tiver equivocado que nós tivemos uma grande epidemia aqui no município e estado nesse período mais de 40 mil pessoas adoeceram. Eram poucos profissionais para atender toda a demanda desta doença, quer seja na rede pública ou mesmo na rede privada como complementar para assistência à saúde. Nós, nos distribuíamos pelas unidades de saúde atendendo no centro de referência e ao mesmo tempo capacitando os profissionais da rede para que a população recebesse um atendimento de melhor qualidade. Outra dificuldade que eu também vi, foi a de que profissionais que nós capacitamos para trabalhar com dengue não permaneciam no serviço. Aconteciam as mudanças, as alterações dentro das secretarias de saúde nos municípios e a gente perdia o contato com aquela pessoa que estava capacitada, aí não tinha continuidade daquilo que foi trabalhado. É importante a questão da mão de obra; recurso humano é complicadíssimo, foi e continua sendo um problema, mas melhorou muito, claro. A capacitação é fundamental todos os anos porque sempre troca a equipe. Ocorre também de se falar tudo para todo mundo em um ano, quando chega o próximo ano todo mundo já esqueceu tudo e você tem que fazer tudo de novo. Conscientizar, capacitar pessoas é uma coisa muito difícil e muitas vezes até o material enviado aos profissionais que o ministério produzia, as pessoas recebiam e colocavam numa gaveta e não liam e não utilizavam os fluxogramas propostos pelo Ministério da Saúde.

No segundo discurso apresentado no eixo Obstáculos para o enfrentamento da dengue, revelou-se o despreparo de profissionais para enfrentar uma epidemia e a rotatividade dos mesmos.

A questão do trabalho e a educação em saúde vem sendo estudada ao longo da criação do SUS, no intuito de produzir modificações nas práticas em saúde em consonância aos avanços teóricos da área da saúde coletiva. No entanto, a mudança no cotidiano das equipes ainda é desafio permanente (FIGUEIREDO; VERMELHO, 2017).

Como a formação de recursos humanos é uma das atribuições do SUS, os entes federados constantemente promovem processos educacionais, por meio da educação continuada, usando de tecnologias diversas, presenciais ou a distância, com o objetivo de prover aos profissionais o conhecimento e a habilidade de desenvolverem suas capacidades no campo do trabalho (MACHADO; XIMENES NETO, 2018).

A rotatividade de profissionais contribui para as deficiências nos serviços de saúde. Esta rotatividade na área da saúde é uma realidade, prática comum no Brasil, o que acarreta o enfraquecimento não apenas dos serviços de saúde, mas de todo o processo de construção social. Profissionais preparados, muitas vezes, migram para novos serviços que ofereçam melhores condições, sejam elas estruturantes ou de melhor remuneração.

A rotatividade dos profissionais como problema na área da saúde também é abordada por Vermelho e Figueiredo (2017) que destacam a permanente necessidade de requalificação dos profissionais, haja vista que a experiência e os conhecimentos adquiridos por um profissional se perdem, para aquela unidade, com a sua saída. Assim, as equipes de saúde e gestores convivem em seus quotidianos com este ciclo de entrada e saída de profissionais com diferentes preparos para lidar com a doença dengue.

Um estudo realizado por Alves *et al.* (2015) apontou uma outra característica para a rotatividade dos profissionais na área da saúde: a precarização do trabalho. Neste sentido, um dos maiores desafios do SUS ao longo dos anos tem sido a implementação de medidas que promovam a formação e o desenvolvimento de pessoal. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) aponta que o recomendável é a aliança de ações integradas na gestão de recursos humanos às políticas específicas de qualificação e desenvolvimento, entre estas, os processos educacionais.

### 5.2.3 DSC 4 - Conscientização da necessidade contínua das ações

O modelo de enfrentamento da problemática dengue é o mesmo que o Oswaldo Cruz aplicou para febre amarela em 1903 no Rio de Janeiro. É como se você voltasse lá na história da saúde pública quando as pessoas só tomavam as medidas, os cuidados, durante a epidemia, quando acabava eles abandonavam. A gente só notava a sensibilização da comunidade nos momentos em que explodiam os casos(...) nas epidemias que a população estava sendo muito comprometida! Depois que passava a epidemia voltava tudo de novo. As pessoas esqueciam os comitês, as pessoas que frequentavam o comitê acabavam deixando de fazer o trabalho e depois você tinha que voltar e começar tudo de novo. Começar de novo é cansativo para quem está na frente de trabalho, porque você tem que estar sempre chamando as pessoas: vamos cuidar, vamos tirar o lixo, vamos tirar as coisas que podem acumular água, vamos limpar o telhado, vamos limpar as calhas. A conscientização da população é extremamente necessária e não só no período de epidemia. Para diminuir ocorrência de epidemias é um trabalho que envolve múltiplas áreas não é só a saúde. As pessoas tinham dificuldade em manter a prevenção, a prevenção é muito complicada. A gente sabe que você não tem como culpar só as pessoas ou culpar só o gestor. Há também, as deficiências nas políticas, inclusive a da saúde, em que há mudanças de gestores e técnicos responsáveis e ocorre a descontinuidade das atividades.

A informação e a educação em saúde são ferramentas que auxiliam a promover mudanças na concepção das pessoas quanto a realidade e estimulam a conscientização do problema. Os sistemas de informação em saúde são ferramentas poderosas para serem usadas pelos gerentes nos processos de tomada de decisão, mas para isso é importante que todos os profissionais estejam familiarizados não apenas com o sistema utilizado, mas também com seus objetivos e sua importância para a gestão do cuidado em saúde (BARRETO *et al.*, 2012).

Os responsáveis pela informação em saúde, geralmente, são os gestores públicos, e mais especificamente, os do setor saúde. O setor saúde, por meio de seus gestores e profissionais, utilizando-se de sistemas de informação em saúde, promovem medidas de prevenção e combate ao mosquito, visando evitar as situações de epidemia. Sabe-se que um adequado planejamento possibilita a programação de atividades e a organização de um processo de trabalho efetivo.

Em relação ao controle do vetor, tem-se a população como foco principal de campanhas midiáticas de esclarecimento da doença e principalmente, das formas de controle do mosquito. França *et al.* (2004) destacam a importância da divulgação de

informações pela mídia como mediadora da sociedade contemporânea, fazendo circular informações que afetam as decisões das pessoas, as comunicações devem ser elaboradas de forma fácil e acessível para que atinja a todos. No entanto, o DSC aponta as fragilidades dessas medidas implementadas ao longo dos anos, pela ocorrência das ações em situações já epidêmicas.

Os discursos também apontam a mudança (rotatividade) de gestores e técnicos (já sensibilizados e comprometidos com a implantação de ações de controle do mosquito) como dificultadora do processo de implementação de medidas preventivas, o que implica em descontinuidade de ações.

Pode-se concordar com Teixeira (2008), que destaca que além da comunicação e mobilização social, os programas de controle de dengue devem ter estruturados e atuando com qualidade todos os seus outros componentes, a exemplo da vigilância epidemiológica, do combate químico, da promoção de ações de saneamento básico. Assim, a atuação do Comitê pode ser o espaço promotor dessas ações intersetoriais.

No entanto, a criação do comitê foi citada com “esvaziamento” após a situação de epidemia. Pode-se afirmar que este espaço é uma iniciativa importante de promover o acompanhamento da implantação do plano na execução das ações, com a avaliação dos indicadores, criação estimulada pelo PNCD (BRASIL, 2002).

A composição intersetorial desses comitês pode auxiliar na disseminação da informação, do processo de educação em saúde e um maior envolvimento da sociedade no enfrentamento da doença. Ademais, espaços consolidados de participação podem também contribuir para que as descontinuidades de ações positivas não deixem de ser priorizadas (GONÇALVES, 2010).

Outro ponto importante demonstrado no discurso é culpar o outro, o poder público e mais especificamente o setor saúde, como o responsável em uma situação de epidemia. Costa *et al.* (2018) destacam que o controle do *Aedes aegypti* é de responsabilidade de todos, da população, das autoridades e não somente do setor saúde. Reis *et al.* (2013), afirma a importância que todos entendam que a ocorrência da doença é universal e as ações de prevenção e controle são de responsabilidade compartilhada entre a população e as instituições, sejam elas públicas ou privadas.

### 5.3 Avanços e possibilidades

Para finalização da entrevista, os participantes foram questionados sobre quais avanços e possibilidades assinalavam como os mais significativos para o controle da dengue. Abaixo o DSC apresentado:

#### 5.3.1 DSC 5 - O processo da construção do saber

Um grande problema foi a falta de conhecimento em dengue (...). Nós éramos muito mal preparados e não conhecíamos a doença; só a conhecíamos por livro. O que melhorou primeiro foi o entendimento da doença. A mudança da classificação atual que a gente usa, melhorou muito para a condução do paciente, para ser mais ágil, mais rápida. De uns anos para cá você vê exames que são feitos nos primeiros dias que já te dão o resultado de dengue, como: antígenos, biologia molecular com técnica de PCR (refere-se à contribuição das pesquisas), etc... Então você consegue saber se aquele paciente tem dengue de forma mais rápida, isso é muito útil, principalmente quando não tem muitos casos, quando ainda não é uma epidemia. Temos um resultado mais rápido, um isolamento viral, NS1 (tipo de exame). Antes nós tínhamos IgM e IgG e hoje lançamos mão desses outros exames e também do hemograma que é uma grande ferramenta. Não tínhamos o conhecimento também da gravidade da doença, por exemplo, do comprometimento hepático da doença (...). Essa contribuição foi até resultado de uma tese (da UFMS), em que foram vistas alterações importantes da hepatite pela dengue, o que atualmente está muito conhecido. Foram várias pesquisas (remeteu-se as pesquisas na UFMS) demonstrando uma concepção melhor da doença, o entendimento mais aprofundado sobre o porquê que algumas pessoas desenvolverem as formas graves da doença e outras não. Quando eu fiz meu mestrado com o professor (da UFMS), a pesquisa foi voltada justamente para compreender os fatores determinantes do dengue hemorrágico. Aqui na UFMS, para trabalhar com os alunos as doenças transmissíveis, dengue sempre esteve no programa de ensino, no projeto pedagógico do curso (referia-se ao curso de enfermagem). A gente produzia muito material científico e estávamos muito envolvidos nas pesquisas (protagonismo do participante em grupo de pesquisa do Ministério da Saúde). Houve assim um olhar diferente para essas questões, um interesse maior em aprofundar conhecimento, em aprofundar pesquisas. São múltiplos profissionais, múltiplas instituições envolvidas porque tem que haver muita pesquisa em relação a tudo isso e muito investimento: humano, financeiro e científico. Não se pode trabalhar com a dengue sem pensar esses 3 investimentos. (...) Posso te dizer não é coisa nova a questão da carência de recursos para pesquisas. Então, hoje a gente entende que o serviço, de modo geral, tem um protocolo disponível e acesso as informações para qualificar a assistência. As pesquisas trouxeram ferramentas que a gente não tinha antes.

No SUS, o mundo do trabalho é campo propício para construção de novos modos do fazer a partir da resignificação das práticas frente aos desafios que se

impõem no dia a dia de gestores e profissionais de saúde. Como dizem Abrahão e Merhy (2014), a multiplicidade de sujeitos possibilita encontros que se desdobram em potencialidades de produção “de diferentes formas de ser no mundo, de cuidar de si e do outro”.

A ação intersetorial da gestão municipal e a UFMS possibilitou uma série de pesquisas e produções científicas (dissertações de mestrado e teses de doutorado) que implementaram ações voltadas a melhoria da qualidade da atenção.

Com o conhecimento da doença e os avanços tecnológicos, o manejo adequado pode ser aprimorado, consoante aos discursos registrados. Isso deve-se ao fato de a dengue ter caráter multisetorial, envolvendo esforços diversos para a prevenção e o controle da dengue (PIMENTA JUNIOR, 2015).

O estabelecimento dessas relações de diferentes sujeitos e instituições tinham um interesse singular, o de encontrar soluções para o problema que se apresentava: a epidemia da dengue. Vale ressaltar que os sujeitos estavam em diferentes posições de níveis hierárquicos e instituições vinculadas aos entes federados; no entanto, articulavam-se em pontos de encontro, por meio do engajamento em torno de um objetivo comum. Pode-se afirmar que esse envolvimento favoreceu a tessitura da rede de construção do saber.

Os avanços e as possibilidades centraram-se no desenvolvimento de habilidades e conhecimento a partir do enfrentamento coletivo dos desafios do mundo do trabalho, em redes de colaboração intersetorial. O estabelecimento de parcerias é fundamental para o enfrentamento da doença dengue e ainda possibilita a economia de recursos (CUNHA, 1997).

Em relação aos avanços tecnológicos, há de se afirmar que nesses 30 anos em que se está observando o fenômeno, muito se avançou em evidências científicas que possibilitaram melhor compreensão e enfrentamento da doença.

A nova classificação da doença proposta pela OMS (2009), foi apontada como uma das formas de entendimento e, de acordo com Lima (2012) e Herkert (2013) possibilitou uma maior sensibilidade em identificar pacientes com risco para evolução de formas grave da doença. Os avanços tecnológicos como exames de precisão para diagnóstico da doença fazem parte do discurso como importantes no processo de resposta rápida ao paciente.

No Brasil, as vacinas se tornaram grandes aliadas na resolução de problemas de saúde pública, no controle ou até mesmo na erradicação de doenças (OLIVEIRA,

2016). Atualmente encontram-se em andamento três protocolos de vacinas sendo testados na população, duas de empresas internacionais - Sanofi Pasteur (a vacina já se encontra disponível no mercado) e a da empresa Takeda (ainda em fase III de teste) e uma terceira, fruto de parceria entre o Instituto Butantan e o NIH (National Institutes of Health), dos EUA. A validação de vacinas para dengue é um grande passo para o enfrentamento do problema, porém de acordo com Silva (2009) dispor de uma vacina eficaz e segura contra a dengue é apenas uma parte da solução do problema, pois é necessário o contínuo empenho e comprometimento da população e do poder público para conscientização dos prejuízos causados pela doença.

## 6 CONCLUSÕES

O presente estudo propôs-se a caracterizar a história da dengue em Campo Grande, por meio de entrevistas, visando resgatar as memórias dos profissionais de saúde que atuam em pesquisa, no manejo e/ou tratamento da dengue. Além disso, propôs-se também conhecer os obstáculos para o enfrentamento da doença e identificar os avanços e possibilidades relacionados ao controle.

Foram amplamente destacados os desafios frente às epidemias: a rotatividade dos profissionais de saúde, a organização dos serviços de saúde quanto a infraestrutura e os processos de trabalho e a descontinuidades das ações de prevenção da doença, como as ações de combate ao vetor.

A mobilização dos setores e da sociedade também foi identificada como avanços potenciais: as ações intersetoriais, a institucionalização de linhas de pesquisas e a formação do Comitê desencadeado após a publicação do PNCD.

Foi destacado pelos profissionais o sentimento da necessidade de maior conhecimento e desenvolvimento de habilidades, o que propiciou as iniciativas de realizar pesquisas, atualizar protocolos e investir em busca por evidências científicas. A situação de epidemia favoreceu o envolvimento de sujeitos e instituições em várias atividades de educação, tais como programas de ensino e linhas de pesquisas diretamente relacionadas à doença.

Foi possível identificar o processo de construção do saber, a relevância das pesquisas científicas para entendimento da doença e a criação de novos métodos que possibilitaram a celeridade dos diagnósticos voltados à melhoria da qualidade de atendimento à população da cidade.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO A. L.; MERHY, E.E.; Healthcare training and micropolitics: concept tools in teaching practices. **Interface**, v. 18, n. 49, p. 313-324, 2014.

ALVES, S. M. P.; COELHO, M. C. R.; BORGES, L. H.; CRUZ, C. A. M.; MASSARONI, L.; MACIEL, P. M. A. A flexibilização das relações de trabalho na saúde: a realidade de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 20, n. 10, p. 3043-3050, 2015.

ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; FONSECA, C. D. A estratégia saúde da família. *In*: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, I. M.; GIUGLIANI, E. R. J. (org.). **Medicina ambulatorial**: condutas na atenção primária baseada em evidencia. Rio de Janeiro: Artmed, 2004.

ARAÚJO, Y. B.; REZENDE, L. C. M.; QUEIROGA, M. M. D.; SANTOS, S. R. Sistemas de Informação em Saúde: inconsistências de informações no contexto da Atenção Primária. **Journal of Health Informatics**, v. 8, p. 164-170, 2016.

BANCROFT, T. L. On the etiology of dengue fever. **Australian Medical Gazette**, v. 25, n. 1, p. 17-18, Jan. 1906.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD)**. Fundação Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Secretaria de Gestão Participativa do Mato Grosso do Sul. **Cadernos Metropolitanos**: a sociedade e a construção do SUS, Mato Grosso do Sul. vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica**. 6. ed. Brasília: Funasa, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Informe Epidemiológico da Dengue, janeiro a dezembro de 2007**. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_dengue\\_010208.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_dengue_010208.pdf). Acesso em 15 dez. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Doenças infecciosas e parasitárias**: guia de bolso. 8. ed. rev. Brasília. Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de aumento de casos ou de epidemia de dengue**. 1. ed. Brasília. Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Diretrizes para organização da rede de atenção à saúde do SUS**. Disponível em:

[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos\\_prt4279\\_30\\_12\\_2010.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/anexos/anexos_prt4279_30_12_2010.pdf)

BARRETO, P. A, BRAGA A. L. S, ANDRADE M. Evaluation of completeness of dengue records: exploratory study of compulsory notices. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 11, n 03, 2012. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3920/html>. Acesso em: 26 mar. 2019.

CAMPO GRANDE. Prefeitura Municipal de Campo Grande, MS (PMCG), Secretaria Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2014 a 2017**. Disponível em: [file:///C:/Users/rafael/Downloads/20140901163014%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/rafael/Downloads/20140901163014%20(1).pdf). Acesso em: 12 dez. 2016.

CANÇADO, M. S. M; BARBOSA, M. A.; TEIXEIRA, R. A. G.; OLIVEIRA, E. S. F. Percepções de representantes de um comitê contra dengue nas ações de educação em saúde, Goiás, Brasil. **Revista Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo**, v. 48, n. esp., p. 99-104, 2014.

CARVALHO, A. I.; BUSS, P. Os determinantes sociais na saúde, na doença e na intervenção. *In*: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; J. C. I. CARVALHO (org.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CLELAND, J. B.; BRADLEY, B.; MACDONALD, W. Dengue fever in Australia: it is history and clinical course, its experimental transmission by *Stegomyia fasciata*, and the results of inoculation and other experiments. **Journal of Hygiene**, v. 16, n. 4, p. 317-418, Jan. 1918.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (CONASS). **SUS 20 anos**. Brasília: Conass, 2009.

COSTA, Elisangela Martins da Silva; COSTA, Edgar Aparecido da; CUNHA, Rivaldo Venâncio da. Percepções sobre dengue dos moradores de um município brasileiro de fronteira. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 8, n. 2, p. 01-07, Ago. 2018.

CUNHA, R. V. **Aspectos clínicos e epidemiológicos da infecção pelos vírus dengue em áreas endêmicas do Brasil**. Tese (Doutorado em medicina) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.

CUNHA, R.V; FILHO-MARQUES, V. S.; AGUIAR J. I. A.; PANIAGO A. M. M.; LINDENBERG, A. S. C.; FILHO, G. H.; MIAGOSTOVICH, M. P.; NOGUEIRA, R. M.; SCHATZMAYR, H. G. Dengue Hemorrágico em Campo Grande, MS: Relato do primeiro caso diagnosticado. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n. 29, Suplemento I, 1996. XXXII Congresso da SBMT.

CUNHA, R.V; AGUIAR J. I.; PANIAGO A. M. M.; BARROS, E. M. O.; FILHO, G. H; BARROS, T. J.; SANTOS, G. B.; MIAGOSTOVICH, M. P.; NOGUEIRA, R. M.; SCHATZMAYR, H. G. Aspectos clínicos e epidemiológicos da epidemia de dengue

em Mato Grosso do Sul (MS), 1995 – Resultados preliminares. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, n 29, Suplemento I, 1996 XXXII Congresso da SBMT.

CUNHA, R. V.; MARTINEZ, E. Manejo clínico do paciente com dengue. *In.* VALLE, D.; NACIF, D. P.; CUNHA, R. V. (org.). **Dengue teorias e práticas**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2015. cap. 10, p. 221-240.

RANGEL, M. L. S. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. **Interface: Comunicação Saúde Educação**, v.12, n. 25, p.433-441, abr./jun. 2008

FERREIRA, M. M.; AMADO, J. **Usos e abusos da história oral**. 8. ed. Rio de Janeiro. FGV, 2006.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1334-1341, set./out. 2004.

GONÇALVES, C. C. M. **Atuação sobre os Determinantes Sociais da Saúde em uma iniciativa de Campo Grande- MS**: Projeto Viva Seu Bairro. Tese (Doutorado em saúde pública) Universidade de São Paulo, 2010.

GOMES, K. W. L.; MESQUITA, L. P. S.; CAPRARA, A.; BENEVIDES, B. S.; GONÇALVES, R. P. Organização do processo de trabalho no manejo da dengue em uma capital do Nordeste. **Saúde em Debate**, v. 39, n. 105, p.561-569, abr./jun. 2015.

GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever. **Clinical Microbiology Reviews**, v.11, n. 3, p. 480-496, July 1998.

HERKERT, C. M. M. **Análise comparada das classificações da Organização Mundial da Saúde de casos de dengue: um estudo em Mato Grosso do Sul**. 2013. 69 f. Dissertação. (Mestrado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/MS, 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da população 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

**LE GOFF, J. A história nova**. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa. Caxias do Sul: Educs, 2003.

LIMA, Fabiano Rocha. **Avaliação das classificações tradicional e revisada da organização mundial da saúde em casos de dengue**. 2012. Dissertação. (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados, Dourados/MS. 2012.

MACHADO, J. C.; COSTA, R. M. M.; SOARES, J. B. Reflexões sobre o processo de municipalização das políticas de saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 19, n. 52, p. 159 – 170, 2015.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1971-1980, 2018.

MENDONÇA, F. A.; SOUZA, A. V.; DUTRA, D. A. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Sociedade & Natureza**, v. 21, n. 3, p. 257-269, dez. 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Fundação Nacional da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Dengue**. Brasília: Funasa, 2002.

OLIVEIRA, M. S. F. **Vacina da Dengue no Brasil**, 2016. Monografia em Ciências da Educação e Saúde. Centro Universitário de Brasília Faculdade de. 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Dengue e dengue grave, 2018 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>. Acesso em: 27/03/2019.

OSANAI, C.H.; TRAVASSOS DA ROSA, A. P. A.; TANG, A. T.; AMARAL, R. S.; PASSOS, A. D. C.; TAUIL, P. L. Surto de dengue em Boa Vista, Roraima. Nota Prévia. **Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo**, v. 25, n. 1, p. 53-54, 1983.

PIMENTA, D. N. A (des) construção da dengue: de tropical a negligenciada. *In*. VALLE, D.; NACIF, D. P.; CUNHA, R. V. (org.). **Dengue teorias e práticas**. ed. Fiocruz, 2015. cap. 1, p. 50.

PIMENTA JUNIOR, F. G. Gestão e planejamento na prevenção e no controle da dengue. *In*. VALLE, D.; NACIF, D. P.; CUNHA, R. V. (org.). **Dengue teorias e práticas**, ed. Fiocruz, 2015. cap. 18, p. 381.

REGO, J. P. Esboço histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870. **Diário Oficial do Império do Brasil**. Rio de Janeiro, p. 44-51. 1872.

RIGAU-PEREZ, J. G. The early use of break-bone fever (quebranta huesos, 1771) e dengue (1801) em espanhol. **American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**. v. 59, n. 2, p 272-274, Aug. 1998.

REIS, C. B.; ANDRADE, S. M. O.; CUNHA, R. V. Responsabilização do outro: discursos de enfermeiros da Estratégia Saúde da Família sobre ocorrência de dengue. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. v.66, n. 1, p. 74-78, Jan-Fev. 2013.

SCHNEIDER, J.; DROLL, D. A. **Timeline for dengue in the Americas to December 31, 2000 and noted first occurrences**. Pan American Health Organization. Division of Disease Prevention and Control, June 2001.

SILVA, L. J. Vacina contra dengue: uma luz no fim do túnel. **BEPA Boletim Epidemiológico Paulista**, v. 9, ed. esp, p. 5-7, maio 2012.

SIQUEIRA JÚNIOR, J. B.; MARTELLI, C. M.; COELHO, G. E.; SIMPLICIO, A. C., Hatch DL. Dengue and dengue hemorrhagic fever, Brazil, 1981-2002. **Emerging Infectious Diseases**, v. 11, n. 1, p. 48-53, 2005.

SILVA Jr, J. B.; SIQUEIRA Jr, J. B.; COELHO, G. E.; VILHARINHOS, P. T.; PIMENTA JUNIOR, F. G. Dengue in Brazil: current situation and control activities. **Epidemiological Bulletin**, v. 23, n.1. p. 3-6, Mar. 2002.

TAKAHASHI, L. T. **Modelos matemáticos de epidemiologia com vetores: simulação da propagação urbana e geográfica da dengue**. 2004. 125 f. Tese (Doutorado em Matemática Aplicada) – Instituto de Matemática, Estatística e Computação Científica da Universidade Estadual de Campinas, Campinas/SP, 2004.

TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18, n. 3, p. 867 – 871, jun. 2002.

TAUIL, P. L. Prefácio. *In*. VALLE, D.; NACIF, D. P.; CUNHA, R. V. (org.). **Dengue teorias e práticas**. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2015. p. 12 – 13

TEIXEIRA, M. G.; BARRETO, M. L.; COSTA, M. C. N.; FERREIRA, L. D. A.; VASCONCELOS, P. F. C. Avaliação de impacto de ações de combate ao *Aedes aegypti* na cidade de Salvador, Bahia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 5, p. 108-115, 2002.

TEIXEIRA, M. G. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. **Interface, Comunicação Saúde Educação**, v.12, n. 25, p. 442-51, abr./jun. 2008.

THOMAS, J. G. Dengue. **Public Health Papers and Reports**, v. 6, p. 136-153, Dec. 1880.

TORRES, E. M. **Dengue**. 20. ed. Rio de Janeiro. Fiocruz, 2005.

TRAVASSOS DA ROSA, A. P. A.; ROCHA, J. M.; SILVA, O. V.; LINS, Z. C. Surto de dengue em Boa Vista, Território de Roraima, Brasil. **Boletim Epidemiológico**, v. 14, n. 9, p. 93-100, 1982.

VERMELHO, S. C.; FIGUEIREDO, G. A percepção de Secretários municipais de saúde sobre a gestão do trabalho e da educação na rede pública do Sistema Único de Saúde (SUS). **Saúde e Sociedade**, v. 26, n. 2, p. 382-396, 2017.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Profissão:
2. Como se deu seu ingresso nas atividades relacionadas à Dengue?
3. Quais as principais dificuldades vivenciadas durante esses anos no serviço?
4. Na sua opinião quais foram os avanços mais significativos?

## APÊNDICE B – ARTIGO

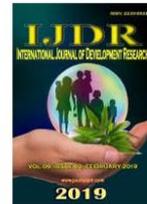


ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

# IJDR

International Journal of Development Research  
Vol. 09, Issue, 02, pp.25997-26001, February, 2019



ORIGINAL RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

### DENGUE: CONTEXT AND TRAJECTORY IN MATO GROSSO DO SUL, BRAZIL

<sup>1</sup>Edinéia Ribeiro dos Santos, <sup>1</sup>Sônia Maria Oliveira de Andrade, <sup>1</sup>Rivaldo Venâncio da Cunha,  
<sup>1</sup>Valdir Aragão do Nascimento, <sup>2</sup>Cássia Barbosa Reis  
and <sup>3</sup>Alessandra Moura da Silva

<sup>1</sup>Graduate Program in Health and Development in the Mid-West Region, Federal University of Mato Grosso do Sul, 79070-900, Campo Grande, MS, Brazil

<sup>2</sup>State University of Mato Grosso do Sul, Nursing Course, Dourados/MS, Brazil.

<sup>3</sup>Researcher at Federal University of Mato Grosso do Sul, 79070-900, Campo Grande, MS, Brazil

#### ARTICLE INFO

##### Article History:

Received 14<sup>th</sup> November, 2018  
Received in revised form  
26<sup>th</sup> December, 2018  
Accepted 06<sup>th</sup> January, 2019  
Published online 28<sup>th</sup> February, 2019

##### Key Words:

Dengue in Mato Grosso do Sul/Brazil,  
Context of Dengue, Trajectory of Dengue.

#### ABSTRACT

Dengue since its arrival in mid-1986 had a major impact on public health in the capital of Mato Grosso do Sul, Brazil. Impacts occurred mainly in the first months of the year of the period of higher incidence of rainfall and temperature, causing epidemics that become a concern for the sul-mato-grossensesociety. Climatic factors trigger mobilization of health professionals to intensify vector-fighting campaigns and treat the symptoms in those infected. Although there are a number of measures to deal with dengue epidemics, each year this disease appears again, ignoring the authorities' efforts to contain it. Of the various strategies in the field of health, epidemiology produces technical-scientific knowledge that assists in combating the disease vector. On the other hand, the same can not be said about the historical trajectory of dengue in Campo Grande, as a result of which the studies carried out to date favor approaches on symptoms, problems with the vector and treatment. Thus, characterizing the history of dengue is necessary because it is through history that we can observe the past, to think about how to plan the present and the future. History helps us to recognize the nature and limits of social representations. Thus, in light of the foregoing, this manuscript presents a bibliographical review that contextualizes dengue and its trajectory in Mato Grosso do Sul, Brazil.

Copyright © 2019, Edinéia Ribeiro dos Santos et al. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Edinéia Ribeiro dos Santos, Sônia Maria Oliveira de Andrade, Rivaldo Venâncio da Cunha, Valdir Aragão do Nascimento, Cássia Barbosa Reis and Alessandra Moura da Silva, 2019. "Dengue: context and trajectory in mato grosso do Sul, Brazil", *International Journal of Development Research*, 9, (02), 25997-26001.

#### INTRODUCTION

Dengue is a public health problem that over the years has caused many deaths and physical and psychological suffering in various parts of the world. Faced with this problem, research has been developed with the aim of understanding the dynamics of the disease such as its vectors, forms of transmission, etiological and structural aspects. Also relevant are the research related to the sociocultural aspects of the disease, such as the economic impacts caused by outbreaks and epidemics in various parts of the world, as well as the social representations of the affected population regarding the

performance of the State and its authorities in confronting the problem, and the careful historiographic survey of the emergence of the disease and its consequences. Research related to dengue produced in the field of history is scarce, which demonstrates the low investment of researchers in the production of scientific and academic knowledge on a subject of great importance in the area of public health in Brazil. In view of the above, the manuscript presented is a bibliographical review in which the contribution of several researchers working on the subject of dengue is addressed. Initially, the global aspects of dengue in the world are presented and, in Brazil, specifically addressing its trajectory in Mato Grosso do Sul, in order to build a historical panorama of the disease.

\*Corresponding author: Edinéia Ribeiro dos Santos,  
Graduate Program in Health and Development in the Mid-West Region, Federal University of Mato Grosso do Sul, 79070-900, Campo Grande, MS, Brazil

**Dengue: Historical Aspects:** Dengue cases occur mainly in tropical and subtropical regions such as Asia, Oceania, Africa

and the Americas. The virus is transmitted by the female *Aedes aegypti*, which is adapted to the hot and humid climate (TORRES, 2005). As a result of a favorable scenario for the reproduction of the mosquito, the ease of its proliferation places around 2.5 billion people in a risk zone. The clinical spectrum of the disease is broad and varies from asymptomatic, oligosymptomatic or even more severe forms. There is no defined parameter yet to explain the causes of the most serious infections. In these scenarios, theories point out that the causes of infections can occur due to the re-infection of the host, as well as a greater virulence of the infecting virus strain, characteristics of the host organism or a combination of these possibilities (TAUIL, 2002). Denominated as "dengue" by the Spanish in the nineteenth century, and called "break-bone-fever" or "dandy fever" by the Americans and British settlers; "kadingapepo" by the African slaves; "polka" or "eruptive rheumatic fever" in Brazil; and called "aburunkabah" in Mecca in which the meaning was "father of the knee" and made reference to the pains caused in the articulations by the disease. Besides the variation of names, several were theories about its origin. For example, in the British Isles of the Caribbean, it was called African Fever, because people believed that the disease was native to Africa and would have been brought by the slaves. On the other hand, in India, it was called the Aden fever, believing that it would have arisen in Aden in Saudi Arabia (REGO, 1872; RIGAU-PEREZ, 1998; THOMAS, 1880). The first report of a possible case of dengue was made in China from 265 to 922 AD, and was associated with transmission by insects linked in some way to water. By this association, the disease was called 'water poison'. The record of this occurrence reinforced the hypothesis that the disease originated in Asia. Subsequent to this report, new records were made almost a thousand years later, in 1635 in the French West Indies or the Caribbean (Gubler, 1998; Schneider, 2001). Confirmation that the *Aedes aegypti* mosquito is the transmitter of the disease occurred in 1916 through the surveys of Cleland, Bradley and McDonald (1918). However, studies conducted in 1906 and 1908 had raised the hypotheses that transmission occurred through the *Aedes aegypti* mosquitoes. In this period, tests were performed with *Culex fatigans* and *Stegomyia fasciata*, current *Aedes aegypti* (BANCROFT, 1906; TORRES, 2005).

The emergence of possible cases of dengue in the Americas appeared apparently from 1635, according to information on the registry of people with clinical manifestations compatible with the disease, occurring in Martinique and Guadeloupe (GUBLER, 1987). The first evidence in this same region, with laboratory confirmation, dates back to 1945, when autochthonous cases were diagnosed in the United States. In addition, there is evidence of other records dating back to 1980, when the virus spread through the state of Texas (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 1981). In Central America, according to the epidemiological reports, the first cases indicate the occurrence of the disease in Belize, El Salvador, Guatemala and Honduras. In Mexico, the records point towards the end of 1978 and 1979-1980 (WOODALL, 1982). In Brazil, the first epidemic occurred in the early 1980s, the first diagnosis of dengue with laboratory bases occurred in 1982 in the city of Boa Vista (Roraima). At that time, the serotypes DEN-1 and DEN were detected and isolated -4 (OSANAI *et al.*, 1983; TRAVASSOS, 1982). After the occurrence in Boa Vista, dengue was only registered again in the summer of 1985-1986 when an important epidemic occurred in Rio de Janeiro. The DEN-1 serotype was identified

(SCHATZMAYR *et al.*, 1986. In other Brazilian regions, dengue epidemics have also been recorded, such as the Southeast (Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais) and the Northeast (Alagoas and Ceará). In the following years, several other episodes of the disease were reported, such as those that occurred in the cities of Redenção and Rondon from 1998 to 1999 in the state of Pará, and the event reported in the city of Manaus/Amazonas with a total of 3,423 cases. From 1998 to 2001, many other Brazilian states were affected by the presence of dengue, as in the states of Rondônia, Acre, Amapá and Tocantins (COSTA *et al.*, 2011; SILVA Jr. *et al.*, 2002). Regarding the occurrence of dengue hemorrhagic cases in Brazil, the first episode occurred in 1990 after the introduction of type 2 virus (DENV-2). In the following decade, the number of confirmed cases increased to 893 with 44 deaths. In 2002, there were 150 deaths (SIQUEIRA *et al.*, 2005). As we mentioned earlier, dengue has seasonal characteristics in its occurrence. In Brazil, the highest incidence occurs in the first five months of the year, a period of higher heat and humidity (BRASIL, 2007).

As discussed above, Brazil has faced several problems since the beginning of the 1980s in relation to the control of infections caused by human contact with the dengue virus. Despite the efforts made to combat the dengue epidemic in Brazil, and the large resources allocated for this purpose in order to eliminate and control *Aedes aegypti* - the vector par excellence of the dengue virus in the Americas, the results are still unsatisfactory (TEIXEIRA *et al.*, 2002). *Aedes aegypti* is a mosquito easily found in several parts of the world where the hot and humid climate predominates. Mosquitoes predominantly inhabit urbanized spaces and act at any time of the day, which makes clear their extremely efficient ability to transmit the virus (TAKAHASHI, 2004). In terms of dispersion, virus serotypes have spread vertically throughout the Brazilian territory since it has been found in several regions and sub-regions of the country's urban centers, causing a high production of epidemics. These epidemics have become more serious due to the increased incidence of Dengue Hemorrhagic Fever (TEIXEIRA *et al.*, 2005). According to Teixeira *et al.* (2002), the development of the epidemiological context associated with the results obtained in the impact assessments, in order to obtain the levels of success of the actions developed by the Brazilian dengue control program, showed that the efforts performed had low effectiveness. The finding that the efforts of the Brazilian State in the attempt to control dengue also evidences the insufficiency of the scientific knowledge produced - with regard to prevention - to combat this virus. In addition to the fragility of the measures adopted against the spread of the disease, the Brazilian State also fails when it is already installed in several regions, because it does not adequately provide specific medicines to the populations affected by dengue (TEIXEIRA, 2008).

Disease control must be multidirectional, that is, procedures must be developed that take into account the promotion of health education, prior diagnosis, the mobilization of therapeutic resources appropriate to each situation and the adoption of preventive measures that avoid or minimize the spread of the virus. In the process of coping with the disease, the assistance of the population is essential, recognizing that, without its effective involvement in the dynamics of preventive care for vector dissemination, dengue will continue to make victims in the state of Mato Grosso do Sul and in other region of the country (REIS, 2012). Early identification

of dengue cases is one of the most relevant measures to be taken to control the disease. Identification allows a better approach in the elaboration of mechanisms of action that aid in the decision-making process, aiming in the first place the control of the disease. In this sense, it is necessary to structure and organize the health services, both in the areas of surveillance and in the sectors that deal with the promotion of assistance to address the mortality caused mainly by the severe forms of the disease (MAHMOUD, 2012).

**Dengue in Mato Grosso do Sul/MS:** In the state of Mato Grosso do Sul/Brazil, the occurrence of dengue cases has gradually increased at rates above those recorded in the rest of the country. It is considered to be of high incidence. However, the authorities have been careful with the control of the dengue vector in Campo Grande, with a decrease in the number of records of dengue cases reported in Mato Grosso do Sul. According to the epidemiological bulletin produced by the Ministry of Health of Mato Grosso do Sul, up to December 29, 2017, 6,201 notifications of the disease were cataloged. With regard to this amount, a significant number can be considered when compared to that recorded in 2016, in which 59,874 notifications were collected (GONÇALVES, 2018). In Brazil for each group of 100 thousand inhabitants, in 1997 the records indicated 253.74 cases, increasing to 404.96 cases in 1999 and 517.61 in 2001 (BRASIL, 2004). The 2006-2007 years were marked by large outbreaks of dengue in the country. In the Central-West region, 827 cases were reported for each group of 100,000 inhabitants, with the highest number of occurrences in Brazil, with the highest index State of Mato Grosso do Sul with 74,902 cases; or corresponding to 3,213 cases referring to each group of 100 thousand inhabitants (BRASIL, 2007).

The first epidemic recorded in Mato Grosso do Sul dates back to 1990. However, according to Quintanilha (2010) it was in 1987 that the state faced an outbreak of the disease, which should have served as a warning to the authorities about the relevance of the problem to the population. During the 1990 epidemic, Campo Grande (the capital of the state of Mato Grosso do Sul) registered 9,757 incidents, totaling approximately 1470 cases for each group of 100,000 inhabitants (CUNHA, 1997; PEREIRA, 2003). The epidemic drew the attention of health authorities to the need to think about strategies that would make it possible to control the disease or even eradicate it in the state of Mato Grosso do Sul. A second dengue epidemic in Mato Grosso do Sul occurred in 1996, after the introduction of DENV-2 (CUNHA, 1997). This episode had a high incidence of cases reported in MS and in its environment, affecting regions close to the geographic limits of the territory of Mato Grosso do Sul. We can cite the example of the occurrence in Andradina subregions in the state of São Paulo (CHIARAVALOTTI NETO, 1999); After a few years, the DENV-2 serotype resurfaced in Mato Grosso do Sul in 2002, further aggravating the state's epidemiological situation due to the circulation of another virus serotype, DENV-3. Thus, the association of the two viruses culminated with the appearance of the third dengue epidemic in the region, which at that time recorded 1,920 cases/100 thousand inhabitants (Quintanilha, 2010). During the third epidemic, 1920 cases were registered in the capital for every 100 thousand inhabitants (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002). Dengue has occurred in Campo Grande since 1986, when the DEN 1 serotype was isolated. On the other hand, the serotype DEN 2 was isolated in 1996, and the presence of DEN 3 was

registered in 2005, which caused an epidemic that began in 2006 and was aggravated in 2007. During this period, the Central-West Region was the most affected in the entire Brazilian territory, accounting for a total of 827 cases per 100,000 inhabitants. The state of Mato Grosso do Sul was the one that most presented cases of the disease, which registered 74,902 occurrences in the region, reaching 3,213 cases / 100,000 inhabitants (BRASIL, 2007; QUINTANILHA, 2010). In 2008, the number of cases in the state of Mato Grosso do Sul was within the projected percentage, with 1,743 cases being notified and 220 confirmations, which represented a continued increase in 2009, resulting in the emergence of a new epidemic in 2010, reaching 41,402 notifications and 29,536 confirmed cases. Of the notified cases, 130 were diagnosed with hemorrhagic fever and 22 patients died. In 2011, there were 6,268 suspected cases with 14 cases of hemorrhagic fever and 3 deaths. In 2012, 8,087 cases were recorded, of which 2,365 were confirmed as dengue, 24 of which were hemorrhagic fever and 4 deaths (CAMPO GRANDE, 2013; POMPEO, 2016; MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPO GRANDE, 2010).

In 2012, there were 7,752 reports identified at the time as a serotype DENV 1. In the state of Mato Grosso do Sul, the DENV-1 virus was identified and isolated in 1987, and the first manifestations of the disease were notified to the National Health Foundation (FUNASA) ; more specifically in January 1990, when the state counted 9,757 dengue occurrences (UEHARA *et al.*, 2006). In the case of dengue hemorrhagic episodes (UEHARA *et al.*, 2006), the first case was recorded in 1995 in the city of Campo Grande, capital of the state of Mato Grosso do Sul. The year 1995 is emblematic for the history of dengue in the state, given that at the time there was one of the most severe epidemics caused by the serotype DENV-1. Hemorrhagic dengue again devastated the Midwest region in April 2008, when they recorded 20,936 dengue occurrences, which had already reached the region in the previous year, but with a smaller number of cases. In 2008, 38 cases of Dengue Hemorrhagic Fever (CDI) were confirmed by laboratory tests, with three deaths and eight cases of dengue with complications reported, with five cases resulting in death. At the time, the state of Mato Grosso do Sul recorded 2,520 cases, with a greater emphasis on the cities of Campo Grande - 854 (33.9%), Coxim - 278 (11%), Corumbá - 226 (9%) and Navirai 176 (7%). After this period, the cases of the disease in the state of Mato Grosso do Sul intensified frighteningly, the increase in the number of notifications resulted in a great epidemic in 2013, a year in which 102,026 cases were computed all over the state, with the municipality of Field Large / MS reported 46,654 cases (POMPEO, 2016). Since the epidemic occurred in 2013, due to the alarming number of registered cases, there was interest and care of the public administration and its representatives, who were forced to declare a state of emergency due to the seriousness of the situation due to the presence of dengue in the region. Thus, health professionals from the most diverse areas were mobilized to help prevent the uncontrolled expansion of the disease, as well as providing the population with care consistent with the magnitude of the current epidemic (POMPEO, 2016). In the list of measures adopted to combat the disease were included strategies for the reception and classification of risk of patients, a procedure that was associated with patient referral, respecting the peculiarities of each case (CAMPO GRANDE, 2013). In addition to the measures taken to overcome the epidemic, there was an

extension of the hours of operation of the basic health units (BHU), as well as the increase of available beds for hospitalization. There was the availability of 24-hour care at the Center for Infectious-Parasitic Diseases contracting - at Hospital São Julião - of 12 beds for cases that presented greater severity and required urgent hospitalization. Another measure was the intensification of larval and vector control, previously adopted procedures, but that in the face of the very high level of risk, it had to be increased in all its aspects (POMPEO, 2016).

In the city of Dourados, the second largest municipality in the Mato Grosso do Sul state, there was a dengue epidemic in 2013, out of a total of 3916.5 / 100 thousand inhabitants, only 8226 corresponded to the notifications, 507 were hospitalizations and 9 resulted in death (MACHADO, 2013). The author in question observes that, despite the fact that dengue is considered a public health problem of extreme gravity, there is no published research that has as its scope the verification of the direct and indirect economic impact of the various and diverse forms of presentation of the disease in Mato Grosso do Sul. In 2015, according to the Ministry of Health, there were 1,649,008 occurrences that manifested the classic characteristics of dengue, numerical quantitative much more significant than those registered in 2013, in which 1,452,489 cases were recorded. The Southeast region, during the year 2015, was the one that registered the most notifications, more precisely 1,026,226 cases; 62.2% in relation to the overall figure of the Country. The other regions recorded the following numbers: Northeast 311,519 cases; 18.9%, Central West, 220,966 cases; 13.4%, South, 56,187 cases; 3.4% and North, 34,110 cases; 2.1% (BRAZIL, 2016). In the years 2014 to 2018 many episodes of dengue in Brazil were reported. This demonstrates that the disease is far from being eradicated in the Country due to the delays of the public power to deal with the issue. The Brazilian public power only acts when the problem is already installed and the possibilities of control become increasingly difficult. This would also be a bias to be researched by Brazilian researchers, that is, the authorities' disregard for developing effective public policies to address the problems caused by dengue in the state

#### Final considerations

Studies highlighting the history of dengue in Mato Grosso do Sul, from the historiographical point of view, has not been a concern of researchers in the human sciences areas of the state. In fact, our bibliographical survey confirmed that there is little, if any, production of knowledge about the subject from the theoretical corpus that characterizes the human and social sciences. Except for one or another work in the areas of communication (FRANÇA, 2011) and economics (MACHADO, 2013), there were no studies in the areas of History and other related areas. Studies on dengue, whatever the academic bias, are relevant to help eradicate the disease in the state of Mato Grosso do Sul and in the country as a whole.

#### REFERENCES

- BANCROFT, T. L. On the etiology of dengue fever. Australian medical gazette, Melbourne, v. 25, n. 1, p. 17-18, jan. 1906.
- BRASIL. Secretaria de Gestão Participativa do Mato Grosso do Sul. Cadernos Metropolitanos: a sociedade e a construção do SUS, Mato Grosso do Sul - vol. I. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico da Dengue, Janeiro a Dezembro de 2007. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_dengue\\_010208.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_dengue_010208.pdf)> Acesso em 15/12/2016.
- BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Informe Epidemiológico da Dengue, Janeiro a Dezembro de 2007b. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim\\_dengue\\_010208.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/boletim_dengue_010208.pdf) Acesso em 22 jan. 2019.
- BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde – Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico. V. 47, n 3, 2016. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/15/svs2016-be003-dengue-se52.pdf> Acesso em: 7 out. 2018.
- CAMPO GRANDE (Município). Secretaria Municipal de Administração. Diário Oficial de Campo Grande, n. 3,687, parte I, p. 1-7, de 21 de janeiro de 2013. Disponível em: <http://portal.capital.ms.gov.br/diogrande/> Acesso em: 15 jan. 2019.
- CHIARAVALOTTI NETO, F. Epidemiologia da dengue nas regiões de São José do Rio Preto e Araçatuba, São Paulo, 1990 a 1996. 1999. 155 f. Tese (Doutorado em Epidemiologia) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo/USP, São Paulo/SP, 1999.
- CLELAND, B.J, BRADLEY, B.MCDONALD, W. Dengue Fever in Australia. Its History and Clinical Course, Its Experimental Transmission by Stegomyia fasciata, and the Results of Inoculation and Other Experiments. The Journal of Hygiene Vol. 16, No. 4 (Jan., 1918), p. 317-418. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/3859014> Acesso: 11 jan. 2019.
- COSTA, R. G.; SILVA, N. V. da.; AZEVEDO, P. S. de.; MEDEIROS, A. N. de; CARVALHO, F. R. de; QUEIROGA, C. R. do E. MEDEIROS, G. R. de, 2011. Meat quality of lambs fed silkworm flower hay (Calotropis procera SW) in the diet. Rev. Bras. Zootec., 40 (6): 1266-1271.
- CUNHA, R. V. Aspectos clínicos e epidemiológicos da Infecção pelos vírus dengue em áreas endêmicas do Brasil. Tese apresentada para obtenção grau de doutor em medicina. Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1997.
- CUNHA, R. V. da. Dengue: Aspectos Históricos. PNCD Programa Nacional de Controle de Dengue SVS/MS. Secretaria e Estado de Saúde do RS. Secretarias Municipais de Saúde. Agosto de 2007.
- FRANÇA, G. M. A Cobertura da Mídia Impressa da Dengue em Mato Grosso do Sul. Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação XXXIV Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação – Recife, PE – 2 a 6 de setembro de 2011. Disponível em: <http://www.intercom.org.br/papers/nacionais/2011/resumos/R6-0702-1.pdf> Acesso em: 21 nov. 2018.
- GONÇALVES, J. MS reforça ações no combate ao Aedes e registra o menor índice de notificações de dengue. Secretaria de Estado de Mato Grosso do Sul. Notícias. Disponível em: <http://www.saude.ms.gov.br/2018/01/04/ms-reforca-acoes-no-combate-ao-aedes-aegypti-e-registra-menos-indice-de-notificacoes-de-dengue/> Acesso em: 22 jan. 2019.
- GUBLER, D. J. Dengue and dengue hemorrhagic fever: its history and resurgence as a global public health problem. In: GUBLER, D. J.; KUNO, G. (Ed.). Dengue and dengue hemorrhagic fever. New York: CAB International, 19987.

- p. 1-22. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/148527/dbv21p1.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 12 nov. 2018.
- MACHADO, A. A. V. O impacto econômico da dengue na cidade de Dourados-MS. 2013. 85 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Federal da Grande Dourados/UGD, Dourados/MS, 2013.
- MAHMOUD, F.F. Inquérito soroprevalente sobre dengue em área urbana de Ponta Porã/MS, município de fronteira Brasil, Paraguai. 2012. 41 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.
- OSANAI, C.H. *et al.* Surto de dengue em Boa Vista, Roraima. Nota Prévia. Revista do Instituto de Medicina Tropical de São Paulo, 25(1):53-54,1983.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION - PAHO Dengue in the Americas. Epidemiol Bull, 2(4):1-4, 1981.
- PEREIRA, G. Dengue clássico e dengue hemorrágico como problemas atuais de saúde coletiva no Mato Grosso do Sul, Brasil. 2003. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campo Grande/MS, 2003.
- POMPEO, C. M. Dengue: caracterização clínica e variáveis associadas ao agravamento. 2016. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campo Grande/MS, 2016. Disponível em: <https://posgraduacao.ufms.br/portal/trabalho-arquivos/download/2517> Acesso em: 14 nov. 2018.
- PONTES, R. J. S.; RUFFINO-NETTO, A. Dengue em localidade urbana da região sudeste do Brasil: aspectos epidemiológicos. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 28, n. 3, jun. 1994.
- QUINTANILHA, A. C. F. Caracterização Clínica e Epidemiológica de casos de Dengue Internados em Hospitais Públicos de campo Grande – MS. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-graduação em Saúde e desenvolvimento da Região Centro Oeste, Faculdade de medicina.
- REGO, J. P. esboço histórico das epidemias que tem grassado na cidade do Rio de Janeiro desde 1830 a 1870. Diário oficial do Império do Brasil. *Rio de Janeiro*, p. 44-51. 1872.
- REIS, C. B. Representações sociais de profissionais e usuários da estratégia de saúde da família sobre dengue na microrregião de Dourados/MS. 2012. 99 f. Tese (Doutorado em Doenças Infecciosas e Parasitárias) – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul/UFMS, Campo Grande/MS, 2012. Disponível em: <http://repositorio.cbc.ufms.br:8080/jspui/bitstream/123456789/1851/1/C%3%81SSIA%20BARBOSA%20REIS.pdf> Acesso em: 14 nov. 2018.
- RIGAU-PEREZ, J. G. The early use of break-bonefever (quebranta huesos, 1771) e dengue (1801) em espanhol. American Journal of Tropical Medicine and Hygiene. Illinois, v. 59, n.2, p 272-274, Aug. 1998.
- SCHATZMAYR, H, G, NOGUEIRA, R, M, R, ROSA, A, P, A, T. An outbreak of dengue virus at Rio de Janeiro. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, v. 81, n. 2, p. 245-246, 1986.
- SCHNEIDER, J.; DROLL, D. A. Timeline for dengue in the Americas to December 31, 2000 and noted first occurrences. Pan American Health Organization. Division of Disease Prevention and Control, June 2001.
- SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MATO GROSSO DO SUL. Boletim Epidemiológico Dengue. Serviço de Vigilância Epidemiológica, Ano 2010, n. 52, 1 a 52ª semanas epidemiológicas, Jan./Dez., 2010. Disponível em: Acesso em: 19 nov. 2018.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE. Informe Técnico da Dengue, Coordenadoria de Vigilância epidemiológica, Ano 2010, n. 5, 1 a 51ª semanas epidemiológicas. Jan./Dez. 2010. Disponível em: [http://www.campo grande.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id\\_cam=3414](http://www.campo grande.ms.gov.br/sesau/canaisTexto?id_cam=3414) Acesso em 22 nov. 2018.
- SILVA Jr, J. B.; SIQUEIRA Jr, J. B.; COELHO, G. E.; VILHARINHOS, P. T.; PIMENTA Jr, F. G. Dengue in Brazil: current situation and control activities. Epidemiological Bulletin, v. 23, n.1, p. 3-6, Mar. 2002.
- SIQUEIRA, J.B.; MARTELLI, C.M.T.; COELHO, G.E.; SIMPLÍCIO, A.C.R.; HATCH, D.L. Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever, Brazil, 1981–2002. Emerging Infectious Diseases, v. 11, n. 1, p. 1-6, Jan. 2005.
- TAKAHASHI, L. T. Modelos matemáticos de epidemiologia com vetores: simulação da propagação urbana e geográfica da dengue. 2004. 125 f. Tese (Doutorado em Matemática Aplicada) – Universidade Estadual de Campinas/IMECC/UNICAMP, Campinas/SP, 2004.
- TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, June 2002.
- TEIXEIRA, M, da G. *et al.* Avaliação de impacto de ações de combate ao *Aedes aegypti* na cidade de Salvador, Bahia. Revista Brasileira de Epidemiologia Vol. 5, p. 108-115, 2002.
- TEIXEIRA, M. G.; COSTA, M. C. N.; BARRETO, M. L.; MOTA, E. Dengue and dengue hemorrhagic fever epidemics in Brazil: what research is needed based on trends, surveillance, and control experiences? Cadernos de Saúde Pública, v.21, n.5, p.1307-15, Sept.-Oct. 2005.
- TEIXEIRA, M.aria Glória. Controle do dengue: importância da articulação de conhecimentos transdisciplinares. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 25, p. 442-444, June 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832008000200019](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200019) Acesso em: 14 jan. 2019.
- THOMAS, J. G. Dengue. *Public Health Papers and Reports*. Boston, v. 6, p. 136-153, Dec. 1880.
- TORRES, E. M. Dengue. 20. Ed. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. Editora Fiocruz, 2005.
- UEHARA, P. M. *et al.* Envolvimento hepático em pacientes com dengue hemorrágico: manifestação rara? Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 39(6): 544-547, nov-dez, 2006.
- WOODALL, J.P. The dengue type 1 pandemic in the Western Hemisphere, 1977-1979. In: *International Symposium on Tropical Arboviruses and Haemorrhagic Fevers*, (ed) Pinheiro, F.P., Academia Brasileira de Ciências, Rio de Janeiro, Brasil, 481 pp., 1982.

\*\*\*\*\*

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO LOCAL DE ENTREVISTAS



Serviço Público Federal  
Ministério da Educação  
**Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul**



### AUTORIZAÇÃO

Autorizo **Edineia Ribeiro dos Santos**, aluna do curso de Mestrado em Saúde e Desenvolvimento da Região Centro-Oeste, sob a orientação do Prof. Dr. **Rivaldo Venâncio da Cunha**, a realizar as entrevistas referentes ao projeto intitulado "História da dengue em Campo Grande sob a perspectiva dos profissionais de saúde", na sala 206 da Faculdade de Medicina no período de outubro de 2017 a março de 2018.

Campo Grande, 17 de agosto de 2017.

**Wilson Ayach**  
Diretor da Faculdade de Medicina - UFMS

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** História da dengue em Campo Grande sob a perspectiva dos profissionais de saúde

**Pesquisador:** Edineia Ribeiro dos Santos

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 78715717.4.0000.0021

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.437.814

#### Apresentação do Projeto:

É uma pesquisa qualitativa descritiva, com base na coleta de dados primários com abrangência no Campo Grande/MS. A técnica utilizada será um roteiro de entrevista semiestruturado e os dados serão organizados e apresentados segundo método do Discurso do Sujeito Coletivo.

#### Objetivo da Pesquisa:

Caracterizar a história da dengue em Campo Grande a partir da vivência dos profissionais.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o pesquisador:

**Riscos:** Essa pesquisa prevê riscos mínimos, por se tratar de um questionário aberto com 5 questões norteadoras.

#### Benefícios:

A relevância do presente estudo calca-se na inexistência de pesquisas desenvolvidas no município de Campo Grande/MS com enfoque no trabalho dos profissionais de saúde que atuam nas frentes de combate à Dengue, relatos de sua vivência e experiências no exercício das atividades. O conhecimento dessas informações poderá ser utilizado pelos profissionais da área, gestores e demais agentes interessados na implementação de políticas públicas de saúde direcionadas para o

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.437.814

controle

do vetor, na organização da rede de atenção às vítimas do vírus da dengue. Será entregue a cada participante um folder com os resultados da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa prevê descrever e caracterizar a vivência de profissionais na história da dengue em Campo Grande.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Apresentado TCLE, folha de rosto, carta de autorização, cronograma, orçamento, questionário.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após nova análise e deliberação, o colegiado verificou que as pendências foram encaminhadas e atendidas, considerando a justificativa do pesquisador. Segue:

1)Carta de autorização: Quem são esses profissionais de saúde (médicos e enfermeiros)? Quais serviços de saúde trabalham? Somente profissionais da HUMAP participarão?

Há a necessidade da carta de autorização ou anuência do chefe do setor para abordagem dos profissionais. (ATENDIDO)

2) Adequar o cronograma do projeto detalhado ao que está exposto na Plataforma Brasil;(ATENDIDO)

3) No questionário deve-se retirar a identificação (NOME) do entrevistado. (ATENDIDO)

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Recurso do Parecer	recurso.pdf	01/12/2017 16:53:16		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Recurso_CEP.doc	01/12/2017 16:52:56	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Edineia_corrigido.pdf	01/12/2017 16:48:06	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_DE_EXECUCAO.pdf	01/12/2017 16:45:54	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br



Continuação do Parecer: 2.437.814

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_975030.pdf	10/11/2017 12:18:39		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	_Projeto_Plataforma_.pdf	12/09/2017 15:22:20	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito
Orçamento	_ORCAMENTO_.pdf	12/09/2017 15:18:37	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito
Cronograma	_CRONOGRAMA_.pdf	12/09/2017 15:17:40	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Final.pdf	12/09/2017 14:48:40	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_Rosto.pdf	12/09/2017 14:46:57	Edineia Ribeiro dos Santos	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CAMPO GRANDE, 14 de Dezembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Geraldo Vicente Martins**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Pró Reitoria de Pesquisa e Pós Graduação/UFMS  
**Bairro:** Caixa Postal 549 **CEP:** 79.070-110  
**UF:** MS **Município:** CAMPO GRANDE  
**Telefone:** (67)3345-7187 **Fax:** (67)3345-7187 **E-mail:** bioetica@propp.ufms.br