

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC

I Curso de Especialização em Epidemiologia
e Controle Descentralizado de Endemias

***A IMPORTÂNCIA DE IDENTIFICAR
AS CONCEPÇÕES E ATITUDES
DE UMA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À DENGUE,
NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE***

Autoras:

Elisete Cardoso de Araújo

Maria Verônica Araújo Sta Cruz Oliveira

Verônica Isabel Fonseca de Brito

Orientadoras:

Rosane Salles

Ana Cláudia Figueiró

CONSULTA

Recife, 1997

(043.4)"1997"
A658i

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - NESC

I Curso de Especialização em Epidemiologia
e Controle Descentralizado de Endemias

***A IMPORTÂNCIA DE IDENTIFICAR
AS CONCEPÇÕES E ATITUDES
DE UMA POPULAÇÃO EM RELAÇÃO À DENGUE,
NA EDUCAÇÃO EM SAÚDE***

Monografia apresentada como requisito parcial à obtenção do título de especialista no I Curso de Especialização em Epidemiologia e Controle Descentralizado de endemias do Departamento de Saúde Coletiva-NESC, sob a orientação da Mestranda em Antropologia Rosane Salles.

Recife, 1997

AGRADECIMENTOS

Este trabalho só foi possível ser realizado graças ao empenho e apoio de várias pessoas, as quais agradecemos.

As orientadoras, Rosane Salles e Ana Cláudia Figueiró, que nos deram os nortes dos caminhos percorridos, com estimável dedicação e compreensão de nossas limitações, sobretudo do tempo que dispúnhamos.

Aos gerentes das instituições das quais fazemos parte e que compreenderam a importância deste trabalho nos liberando dos serviços para a sua realização, honrando o compromisso assumido com o NESC.

Aos coordenadores, docentes e servidores do NESC pela promoção do curso, colaboração e atenção que nos foi dada.

Aos familiares, amigos, filhos e companheiros que incentivaram e entenderam nossas ausências.

SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO	05
II. JUSTIFICATIVA	08
III. OBJETIVOS	11
IV. CONSTRUINDO UMA VISÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	13
V. HISTÓRICO DAS ENDEMIAS ASPECTOS SOCIAIS POLÍTICOS E ECONÔMICOS, COM ENFOQUE PARA DENGUE	22
VI. METODOLOGIA	34
VII. CONCLUSÃO	41
VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

I. INTRODUÇÃO

I. INTRODUÇÃO

Este trabalho tem por objetivo dar subsídios para a elaboração de um projeto que permita o conhecimento de concepções e atitudes de uma população em relação a dengue. Para isto se propõe a trabalhar com o método qualitativo de pesquisa social, instrumentalizado através de questionário semi-estruturado na área a ser estudada.

As bases teóricas-metodológicas da educação e saúde aqui levantadas apontam os pressupostos microbiológicos, unicusais do processo saúde-doença, que valorizam unicamente o saber técnico-científico, negando o papel de sujeito transformador dos indivíduos, desvalorizando os seus saberes, práticas, realidades, necessidades e possibilidades comunitárias.

Pensava-se que com o desenvolvimento econômico, as diversas endemias conhecidas deixariam de fazer parte dos problemas de saúde. Contudo, a agudização da falta de organização dos serviços de saúde, pode ser considerada como um reflexo da não implementação dos princípios da Reforma Sanitária elaborada e decidida politicamente nas VIII e XI Conferências Nacionais de Saúde. Entre outras, priorizava-se a municipalização dos serviços de saúde, a descentralização do controle das endemias e atenção primária à saúde, o que viabilizaria o conhecimento das condições específicas, práticas e concepções de risco do nível micro (BARBOSA, C. S. et al, 1996). Tudo isto acarretou o agravamento dos processos de transmissão. Ou seja, percebemos um recrudescimento de algumas endemias em nosso Estado, entre elas a dengue. Esta vem apresentando uma alta endemicidade com riscos preocupantes, primeiro devido ao fato do vetor ser o mesmo da febre amarela, podendo acarretar na re-urbanização da mesma, depois pelo ocasionamento de surtos da febre hemorrágica da dengue, devido a circulação dos sorotipos I e II.

Estar informado sobre saúde também é uma expressão de cidadania e é um subsídio pra um dos mais importantes princípios do SUS. Talvez o

caminho seja aquele capaz de questionar a realidade e reconhecer no indivíduo sua potencialidade para serem construtores de uma nova realidade, estimulando a formação e o cultivo de uma consciência sanitária. A partir desta compreensão realizaremos um debate acerca das teorias da saúde e o paradigma da educação que vêm norteando as práticas hegemônicas de educação em saúde.

Em momento posterior analisaremos o modelo assistencial de controle das endemias implementado no país, focalizando aspectos da epidemia de dengue no Estado de Pernambuco. Por fim, neste capítulo analisaremos a prática de educação em saúde nas endemias, apontando suas dificuldades e possibilidades.

Toda a nossa reflexão levou à necessidade de se construir um referencial metodológico que seja capaz de captar os elementos contidos na subjetividade da população para o enfrentamento desta epidemia. No último capítulo desenvolveremos uma proposta metodológica de pesquisa qualitativa que seja capaz de facilitar a identificação das concepções e atitudes da população em relação à dengue.

II. JUSTIFICATIVA

II. JUSTIFICATIVA

A dengue é uma endemia que constitui um grave problema de saúde pública, tanto pelo aumento do número de casos, como pelo risco eminente de surtos da sua manifestação mais grave, a dengue hemorrágica. Ainda pode-se somar a este quadro a possibilidade da re-urbanização de uma enfermidade muito mais grave e que não ocorre nas cidades brasileiras desde o começo do século, a febre amarela, doença que comunga com a dengue o mesmo vetor de transmissão, o mosquito **Aedes aegypti**.

Das ações de controle, destaca-se o papel da educação em saúde, tendo em vista que é de fundamental importância o envolvimento da comunidade nestas atividades, além disto o processo educativo permeia as demais atividades, tais como as de vigilância epidemiológica e do vetor.

A partir da análise realizada de como se tem exercido hegemonicamente a prática educativa na endemia, percebe-se alguns de seus limites. Dentre estes, identifica-se a deficiência destas de impactar as representações e práticas da população, uma vez que não consegue negociar significados e estabelecer um processo dialógico, troca de saberes e experiências de vida, não conseguindo trazer os indivíduos para o processo educativo de forma participativa. Desta forma, a população não reconhece nem se reconhece neste processo.

São vários os caminhos a se percorrer para tornar o processo educativo participativo e dialógico. Aqui, apontaremos para necessidade de se incorporar ao conceito de saúde a esfera individual, percebendo a saúde além das questões macroestruturais e sensível a singularidade dos indivíduos, sem entretanto, alijá-las do processo, mas sim interrelacionando-os. Assim, torna-se fundamental incorporar aos instrumentos de produção de conhecimentos, metodologias que percebam, analisem e compreendam a subjetividade das pessoas.

É neste sentido que identificamos a importância de se incorporar a educação em saúde no controle da dengue à compreensão de como se estrutura o conhecimento e a prática da população no seu cotidiano, em relação à dengue.

Esperamos desta forma estar contribuindo para o fortalecimento de um modelo de educação em saúde que esteja comprometido com o fortalecimento dos indivíduos, aberto para o processo dialógico e reflexivo.

III. OBJETIVOS

III. OBJETIVOS

Geral

Este trabalho tem por objetivo justificar a necessidade de incorporar a prática educativa em saúde no controle da dengue, o conhecimento das concepções e atitudes da população em relação a esta endemia, visando colaborar na construção de uma prática dialógica que esteja baseada no respeito, valorização e negociação dos saberes.

Específicos

1. Realizar uma análise das teorias da Saúde e do paradigma da Educação, que buscava para construir sua prática educativa em saúde;
2. Percorrer, sucintamente, as políticas de saúde no controle das endemias, direcionando para dengue e seu impacto na prática educativa em saúde;
3. Sugerir um método qualitativo de pesquisa para se conhecer as concepções e atitudes de uma população em relação a dengue.

**IV. CONSTRUINDO UMA VISÃO HOLÍSTICA
DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

IV. CONSTRUINDO UMA VISÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Para melhor compreender a prática educativa em saúde é necessário percorrer os campos do saber que a norteia, pois estão associados as visões e projetos de mundo de seus defensores e têm interferência tanto na prática, como na definição das políticas públicas. Desta forma, trabalharemos os paradigmas da saúde hegemônicos qual modelo da educação que este buscou para desenvolver a ação educativa em saúde.

a) Modelos microbiológico e ecológico da saúde e as teorias não-críticas da educação: uma normatização higienista do modo de viver.

O modelo microbiológico que por muito tempo foi (ou ainda é) hegemônico está calcado no positivismo científico e está aliado a estruturação sócio-econômica dos países capitalistas.

Preconiza a dualidade saúde X doença a partir da unicausalidade na explicação do processo de produção de doenças. Este modelo não é sensível para as questões ambientais, sociais, econômicas e culturais em que determinada população está inserida. Os indivíduos são máquinas programadas para reagirem aos agravos, não colocando as especificidades nem particularidades dos diversos processos envolvidos.

Este paradigma sustentou políticas de saúde campanhistas, preventivistas e de caráter técnico, onde o saber científico biológico era a arma utilizada para mudar padrões comportamentais distantes do novo modo de viver no sistema de produção capitalista¹.

Ao reforçar o saber científico, desmobilizou e enfraqueceu os saberes da cultura popular, colocando nas mãos dos médicos e do seu saber

¹ SABROZA, P. C. Espaço e Produção de Endemias. Trabalho apresentado no 2º Taller da Associação Latino Americana de Medicina Social. Caracas, 1991

técnico todo poder de resolução dos problemas de saúde, alijando os indivíduos enquanto principais agentes no seu processo de restabelecimento da saúde².

Este modelo esteve em consonância com os objetivos e políticas dos recentes governos autoritários do Brasil e de suas classes hegemônicas em suas diversas fases de implantação do capitalismo. Historicamente convivemos com estas idéias, seja na colônia, favorecendo à vida na corte, seja no período da agro-exportação favorecendo o escoamento da cana-de-açúcar, do café e da borracha.

A incorporação do modelo ecológico da doença, apesar de ampliar a casualidade para as questões ambientais, favorece ainda a implantação do modelo Flexniano, onde a atenção individual e curativa se sobrepõem a um modelo preventivo e se adequar melhor a manutenção da mão-de-obra para a formação do parque industrial.

As teorias não-críticas da educação descritas por SAVIANNI³, constituíram as referências teóricas utilizadas pela saúde para estruturar a educação em saúde, uma vez que não questionavam as estruturas sociais que moldavam os quadros de saúde, ao contrário, os agravos à saúde tinha como explicação os comportamentos desvirtuados. Por este prisma não-crítico os indivíduos eram percebidos como vazios de conhecimentos e portanto deveriam ser informados da maneira correta de se comportar para mudar seus hábitos e ter uma vida saudável. Caso contrário, seriam culpabilizados pelo seu adoecimento e morte. Desta forma a educação em saúde desenvolveu-se através de práticas autoritárias, sem criticidade e centradas no behaviorismo⁴.

O modelo ecológico ao abrir a explicação do processo saúde-doença para as questões ambientais se aliou às políticas do Welfare state, que tinha por objetivo bloquear o avanço do bloco socialista através de políticas sociais de cunho paternalista. A mobilização comunitária foi uma das estratégias utilizadas pelo Estado como forma de garantir apoio técnico e social para as

² OLIVEIRA, M. V. A. de S.C. Dilemas e Perspectivas da Educação em Saúde no contexto do SUS. Monografia apresentada no Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social-NESC-Fundação Oswaldo Cruz-CPqAM. Recife, 1996.

³

⁴ OLIVEIRA, M. V. A. de S.C. 1996, op. citis.

ações de desenvolvimento comunitário. A prática educativa tinha bases funcionalistas, de suposta harmonia social⁵.

que desenvolva os sentimentos de cooperação e espírito comunitário de solidariedade, estimulando a autonomia comunitária para identificação e resolução dos seus problemas. (...)

A saúde passa a ser resultado das condições de vida, mas o espírito de harmonia social, impede que venha a tona as responsabilidades estatais na promoção da saúde, além do que, desloca a culpa individual do adoecer para o coletivo que deve se organizar para resolver seus problemas de saúde.

b) O pensamento social da saúde e as teorias críticas reprodutivista da educação

A comunidade científica Latino-americano na área da saúde pública, vem desenvolvendo instrumentos teóricos que permitem um olhar para a saúde além do microbiológico e do ambiental, colocando em cena as questões sociais enquanto determinantes importantes na definição da saúde. Esta agora é percebida além da visão dicotômica e passa a ser um processo resultante de uma série de relações sociais, econômicas e políticas. Desta forma, as políticas de saúde vêm sendo formuladas a partir de instrumental de análise que permitiria uma intervenção mais ampla nas questões de saúde.

Paralelo a este movimento, ocorreu o desenvolvimento dos mecanismos de organização social que pressionaram os governos a circunscreverem suas demandas embasadas nestas políticas, trazendo ganhos legais como aqueles estabelecidos pela Constituição de 1990. Entretanto, esbarra no modismo da política neo-liberal consolidada globalmente e no sucateamento da rede pública de saúde, causado por décadas de descaso.

⁵ Idem, idem.

Em décadas passadas haviam graves distorções do sistema de saúde, devido a fragmentação da responsabilidade das instituições diante das ações de saúde, baseadas numa concepção equivocada que entendia haver divisão entre saúde coletiva e saúde individual, entre ações curativas e ações preventivas. O INAMPS cuidava da hospitalização e da assistência médica, e no Ministério da Saúde Pública, havia subdivisão de responsabilidade sem que houvesse qualquer esforço de integração. A SUCAM cuidava do controle de endemias e a Fundação SESP tinha sua presença mais forte na área do saneamento e da atenção primária⁶.

A participação comunitária, no modelo assistencial vigente e dominante nos serviços de saúde, se restringe a adesão aos programas médico-sanitários, sobretudo em ações urgentes de controle de certas endemias. Percebemos isto, atualmente, no enfrentamento da epidemia de dengue. Desta maneira a concepção higienista tende a culpabilizar o indivíduo por sua doença, desconsiderando os determinantes sócio-políticos-econômico desse processo.

A Reforma Sanitária construída com a participação da sociedade civil organizada, propunham a reformulação deste Sistema Nacional de Saúde através da institucionalização de um Sistema Unificado de Saúde.

Durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1986, foi criado o SUS - Sistema Único de Saúde, instituído pela C.F./88. Conforme o artigo 196, saúde é um direito de todos e um dever do Estado, entendendo como saúde a resultante de condições adequadas de saneamento básico, moradia, alimentação, trabalho, educação, lazer, transporte, acesso aos serviços de saúde e a terra, organização e informação, entre outros.

Posteriormente o SUS foi regulamentado pelas leis 8.080 e 8.142/90, que consagrou os princípios de Universalidade, Eqüidade e Integralidade. Em seu artigo 198 é preconizado que as ações e serviços públicos de saúde, integram uma rede regionalizada, hierarquizada e realizada com a participação da comunidade, desta vez, entendida pelos princípios descritos abaixo.

⁶ BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.

A concepção de gestão pública do SUS é essencialmente democrática, nenhum gestor é senhor absoluto da decisão, a população tem o direito e dever de participar das decisões, propor, planejar e controlar as ações a serem desenvolvidas a partir de suas necessidades sentidas. Esta articulação favorece o impacto de aceitação e poder na resolução de ações de combate aos problemas sanitários e das endemias, como: dengue, leptospirose, esquistossomose.

Para assegurar a toda a população o direito à saúde, é fundamental a efetiva implantação do SUS, o que significa mudar a lógica segundo o qual vem operando o sistema, melhorando a qualidade do atendimento e os resultados das ações de saúde.

As políticas de saúde concebidas para o SUS, trazem avanços tanto no que diz respeito ao reconhecimento da saúde enquanto direito do cidadão e dever do Estado, como na concepção desta enquanto resultante da melhoria na qualidade de vida. Prima pela universalidade, integralidade, controle social, descentralização e hierarquização da gestão da saúde.

Dentro das estratégias para concretizar os princípios do SUS, encontra-se a municipalização. Este processo caracteriza-se pela descentralização dos serviços de saúde para os municípios, repassando para esta esfera de governo a responsabilidade pela saúde de seus cidadãos. O município passa a gerir os recursos destinados a saúde, como também, assume o planejamento, organização, execução, avaliação e o controle das ações de saúde na sua área de abrangência, tornando mais efetivo o desempenho das atividades. Com isto o poder de decisão seria transferido para perto dos problemas e a população passaria a participar mais ativamente do processo. Não podemos deixar de destacar que a municipalização somou forças na IX Conferência Nacional de Saúde, em 1992, onde foi contemplada com o tema "Municipalização é o caminho".

Em nosso Estado, a descentralização dos serviços de saúde vem crescendo, de 1993 até hoje, 99 municípios estão municipalizados e 47 estão em andamento.

A educação em saúde tenta incorporar nos seus conteúdos, reflexões mais amplas da saúde e busca, na mobilização social, a adesão da população às atividades de controle. Este modelo de transição se encontra em diversos níveis de desenvolvimento e ainda não consegue entender os indivíduos como principais agentes de transformação de sua realidade. Como consequência ainda está insensível as subjetividades, necessidades e desejos das populações alvos de suas atividades.

c) Caminhando para a construção de uma visão holística da educação em saúde

Os movimentos de medicina comunitária conseguem desenvolver linhas de pensamentos sensíveis a questão social e propiciam o surgimento de questionamentos que a aproxima da teoria de Paulo Freire. Esta prima pela educação enquanto estratégia de emancipação dos indivíduos, baseada no diálogo e respeito dos saberes e da reflexão crítica da realidade, abrindo canais de participação comunitária. Chega a ser criada a Rede de Educadores Populares de Saúde em 1990, que tem por objetivo articular profissionais da educação e da saúde que trabalham na perspectiva da educação em saúde popular⁷.

Cresce então a percepção do importante papel da participação popular como forma de democratização dos serviços públicos, *“tornando a máquina estatal, pública”*, tanto como forma de garantir o controle social dos recursos, como para melhorar a qualidade da atenção ao usuário. CONH, ressalta a importância de se inaugurar uma nova cultura pública de ação comunicativa nos espaços públicos de serviços como estratégia para esta publicidade.

Entretanto, se por um lado, as teorias sociais da saúde apontam um grande avanço nesta democratização com suas idéias macrossociais ou coletivas, encontram, do outro lado, dificuldades por não conseguirem incorporar,

⁷ ASSIS, M. de; VASCONCELLOS, E. M. e VALLA, V. V. Movimento Nacional de Educação Popular em Saúde. 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais na Saúde. Curitiba-PR, 1995.

nas práticas de saúde, os indivíduos como principais agentes desses processo, não percebendo suas histórias de vida, seus saberes, necessidades e possibilidades cotidianas.

MACHADO, ressalta a importância da adoção da microssociologia como aporte epistemológico para esta compreensão.

O novo paradigma da saúde que responde a esta demanda, já é desenvolvido por CAPRA no livro "O Ponto de Mutação" e nas demais obras que produziu criticando o pensamento moderno. Aponta para as dificuldades do modelo bio-médico e para necessidade de se perceber o indivíduo em sua totalidade, percebendo que a saúde é fruto de uma grande teia social que tem sua origem no indivíduo, na forma de organização da sociedade e de como esta se relaciona entre si e com o cosmo e microcosmo⁸.

Dentro deste paradigma, MENEZES, no I Seminário Estadual de Educação em Saúde, pensa a saúde como um equilíbrio de uma teia que se espalha e se estrutura do cosmo ao microcosmo. Partindo da estrutura espiral das galáxias e associando-a na nossa estrutura genética, passeia pelas diferentes culturas e de suas percepções da saúde para desvendá-la como um processo cíclico, dinâmico e integrado de equilíbrio das diversas teias que tecemos nas nossas formas de organizações e interrelações com o cosmo, o mundo, o ambiente e com as sociedades. Sutilmente faz uma analogia da saúde com o acesso ao alimento, à água, ao ar que se respira, a arte de amar e alegria de viver.

Nos três primeiros elementos, imbuem toda a relação sócio-econômica que determina o acesso de qualidade destes. Nos últimos retoma toda a subjetividade, as emoções perdidas no pensamento macro-social. Este paradigma holístico, nos parece o mais próximo para se perceber a complexidade da saúde.

Esta visão da saúde, também é a mais próxima da concepção popular da saúde. MINAYO, demonstra como nesta concepção o processo

⁸ CAPRA, F. O Ponto de Mutação.

saúde-doença possui vários níveis de causação e integração, a saber, o “natural, psicossocial, sócio-econômico e sobrenatural”⁹.

A educação defendida por GIROUX e tantos outros autores buscam a emancipação dos indivíduos a partir da reflexão de suas realidades e dos diálogos entre saberes. Valoriza sua cultura e suas histórias de vida, permitindo vir à tona toda a sua subjetividade. Rozemberg¹⁰, ao citar Pinto (1981), demonstra a importância de que o processo educativo nos adultos se dêem mais pela compreensão dos fenômenos vivenciados do que pela simples retenção na memória. Ou seja, um processo em que o indivíduo se reconheça e reconheça a importância do mesmo. E a partir destes pressupostos que o indivíduo passa a ser o sujeito transformador de sua história.

A incorporação do modelo holístico da saúde e a da educação têm norteado algumas políticas e práticas de educação em saúde¹¹, despertando para a necessidade da compreensão das concepções populares dos processos de saúde como prática dialógica e participativa.

⁹ Minayo, M.C. de S.; Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia, in Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4(4): 356-362, out/dez, 1988.

¹⁰ ROZEMBERG, B. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10(1): 30-46, jan/mar, 1994.

¹¹ No capítulo 2 relataremos a experiência da Secretaria Estadual de Pernambuco de tentar incorporar este modelo nas ações de prevenção da dengue.

**V. HISTÓRICO DAS ENDEMIAS - ASPECTOS
SOCIAIS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS
COM ENFOQUE PARA A DENGUE**

V. HISTÓRICO DAS ENDEMIAS - ASPECTOS SOCIAIS, POLÍTICOS E ECONÔMICOS COM ENFOQUE PARA A DENGUE

Denomina-se endemia, a ocorrência coletiva de uma determinada doença que, no decorrer de um largo período histórico, acometendo sistematicamente grupos humanos distribuídos em espaços delimitados e caracterizados, mantém a sua prevalência constante, permitidas as flutuações de valores, tais como as variações sazonais (Zélia Rouquayrol, 1994).

Para Sabroza (1991), autor eleito como referencial teórico deste trabalho, o conceito de endemia é colocado como expressão do nível coletivo do processo saúde-enfermidade, consistindo no conjunto estruturado de processos determinantes de uma doença, em unidades espaciais particulares de uma formação econômico-social.

O aumento crescente da incidência de doenças em diversos países da América Latina, coloca em dúvida a viabilidade dos modelos explicativos e assistenciais mais bem elaborados, aceitos até hoje, como fundamentais na prática de saúde pública. A insuficiente aplicação de recursos, a baixa cobertura e acesso aos serviços de saúde, como também, a persistência do modo de vida arcaico, anterior ao capitalismo, eram apontados como causas do aumento de número de agravos (Sabroza, 1991).

Como afirma Sabroza (1991), a evolução do capitalismo acompanha uma intensa necessidade da exploração da força de trabalho, inclusive de crianças, com a produção de condições ambientais tão degradantes nas cidades que possibilitaram a transmissão epidêmica de doenças como cólera, febre amarela, além da progressão de tuberculose e da mortalidade infantil. Os lucros extraídos no processo de produção são acumulados no setor privado, o ônus desta política são socializados, distribuídos para toda população através de inflação, diminuição do salário mínimo e queda da qualidade de vida (Posser, 1989).

A incapacidade política de promover a reforma agrária e a necessidade de modernizar as práticas no campo, resultou no êxodo rural. Muitos dos migrantes passaram a integrar um circuito econômico inferior, que é a principal característica demográfica e social do modelo de desenvolvimento desigual e integrado.

Freqüentemente as populações marginalizadas são obrigadas a realizar modificações ambientais que acabam por acarretar práticas de risco, tanto individuais quanto coletivos.

Esses fluxos migratórios permitiram a disseminação de agentes parasitários, facilitando o aparecimento de 'novas' epidemias e endemias, enquanto a diminuição da capacidade de investimento e a desestruturação das comunidades tradicionais, pela recessão econômica ou pelas guerras, inviabilizam a capacidade de resposta dos serviços públicos de saúde, de saneamento e o incentivo à produção de alimentos (Sabroza, 1991).

Entre as doenças transmitidas por vetores urbanos, as epidemias de dengue se juntaram às dificuldades do controle de outras endemias, estabelecidas em áreas urbanas.

Albuquerque, assinala que, apesar de todo avanço que as pesquisas baseadas no modelo de risco tem proporcionado, seja através do efeito de exposições individuais ou no campo de avaliação da eficácia de medicamentos, procedimentos clínicos e imunológicos, o conhecimento produzido não tem sido suficientes para, isoladamente, orientar a construção de estratégias de saúde para grupos populacionais.

Para SABROZA (1991), a solução para o controle de endemias prescinde de mudanças econômicas, organização institucional e uma participação concreta dos diferentes atores sociais.

No início dos anos 70, parecia que o modelo sanitário, tinha evoluído em todos os seus aspectos. Pensava-se que a humanidade poderia dispor de recursos para controlar ou mesmo eliminar os principais parasitos, podendo se preocupar com outros problemas de saúde, mas isto não aconteceu.

Os programas de saúde se traduziam em campanhas verticalizadas, autoritárias, destituídas de capacidade para atender às necessidades da população. As sociedades precisam elaborar novas formas de atuação para o controle de endemias, dentro de um marco de referência que contemple ações integradas para a promoção da saúde respeitando a diversidade cultural, a participação popular e a justiça social. No Brasil, o modelo de financiamento Sistema de Saúde atual não possibilita a implementação de práticas coletivas de saúde.

É interessante ressaltar alguns pontos importantes a respeito do financiamento das ações de controle de endemias empreendidas pela ex-SUCAM e que foram absorvidas pela Fundação Nacional de Saúde-FNS. A SUCAM mantinha orçamento próprio, resultado da consolidação dos orçamentos dos programas sob sua responsabilidade. Os recursos em geral, eram provenientes do Tesouro e eventualmente foram supridos por outras fontes, como PCDEM (Projeto de Controle de Endemias do Nordeste) oriunda do Banco Mundial.

Em Pernambuco, no que diz respeito as ações de controle de endemias, muitas encontram-se ainda centralizadas na FNS. Pelo próprio caráter histórico destes agravos a descentralização de suas ações requer trato diferenciado. Durante o período de 1993 a 1996, as ações de controle das endemias eram financiadas pelo PCDEM. A finalização deste projeto é uma preocupação para os Estados que vinham trabalhando o controle das endemias por esta fonte. Espera-se que com a municipalização, com a autonomia financeira, essa questão seja amenizada.

Há ainda uma indefinição quanto a divisão das competências entre as três esferas de governo. O conhecimento técnico e a experiência que o nível federal, historicamente acumulou no combate às endemias, remeteu a FNS, um importante papel no desenvolvimento de programas de capacitação. Contudo, é nos Estados e Municípios que estão localizados os desafios para a formação de capacidade técnica que os possibilite a participar do controle das endemias.

A primeira vivência do Estado de Pernambuco no processo de descentralização do controle das endemias, se deu com a epidemia de dengue, onde foi possível uma ação conjunta entre Municípios, Estado e FNS.

A dengue é uma doença transmitida ao homem por um arbovírus e veiculada pelo vetor, *Aedes aegypti*, que acomete a todos, independente de sexo, idade ou situação sócio-econômico e cultural. Existem referenciais sobre a doença no país, desde 1846, quando uma epidemia atingiu o Rio de Janeiro, São Paulo, Salvador e outras cidades. Todavia, a primeira epidemia registrada clínica e laboratorialmente, ocorreu em 1981/82, em Boa Vista/RR. No ano de 1986, ocorreu uma epidemia no Rio de Janeiro que se alastrou para o Ceará e Alagoas. Em 1987, os Estados da Bahia, Minas Gerais, Pernambuco e São Paulo registraram casos da doença, desde então, se tornou endêmica no país.

Este vetor encontra-se disperso em vários Estados e alguns municípios apresentaram surtos de dengue. Como o vetor é o mesmo, corre-se o risco da ressurgência da febre amarela, como também ao aparecimento de surtos de febre hemorrágica do dengue, devido a circulação dos sorotipos I e II.

Em Pernambuco, após 8 anos, a dengue voltou a se apresentar, primeiro em Recife, se estendendo a todo o Estado.

O modelo excludente de desenvolvimento sócio-econômico implementado no país, ocasionou um processo desordenado de urbanização que agravou as condições ambientais para a proliferação de vetores. Por outro lado, o deficiente abastecimento público de água, obriga a população a manter reservatórios de água, como também um sistema falho de coleta de lixo, que resulta no acúmulo de recipientes propícios ao crescimento larvário.

Segundo SABROZA, essa necessidade emergencial em eliminar criadouros tem levado os serviços de saúde a reduzir as epidemias, tentando baixar os índices de infestação e de transmissão da doença. Por outro lado, o uso de inseticidas, e os custos de materiais e de operações de campo, vem causando um forte impacto na qualidade de vida e no meio ambiente.

Hoje, acreditamos, que para termos êxito no controle da dengue, se faz necessária também práticas em educação e saúde mais resolutivas, onde a população de fato participe do processo.

O modelo microbiológico trouxe como principais características das políticas de enfrentamento das endemias:

⇒ Centralização do planejamento, financiamento e execução das ações de controle.

⇒ Práticas fragmentadas, autoritárias e calcadas em ações de cunho técnico e científico.

Na nova conjuntura do SUS, as políticas de controle e prevenção das endemias ganham nova roupagem, embora que em níveis diferentes de avanços, segundo as especificidades político-administrativas locais. Percebe-se um maior incentivo à incorporação das ações de controle nos municípios, visando a descentralização¹². Entretanto, a deficiência da política nacional induz mais a uma desconcentração do que a uma descentralização das ações, tendo em vista a falta de dotação orçamentária e concentração do saber fazer.

O PCDEN, apesar de ter representado uma centralização dos recursos financeiros quebrando a autonomia dos municípios, não cumpriu as mudanças metodológicas a que se propunha. No máximo, promoveu em alguns municípios algumas infra-estruturas para o controle das endemias.

Dentre as metas que se propunha, havia a transformação da prática de educação em saúde, de forma que esta se desse de forma participativa, visando a mobilização comunitária.

As ações educativas nas endemias estiveram sempre presentes nos discursos, como uma das principais medidas de controle. Entretanto, na prática, nunca foram valorizadas, não se garantindo condições orçamentárias para a sua execução. Ao invés de se questionar as condições estruturais que levam à baixa qualidade de vida da maior parte da população, ou a ineficiência das políticas de saúde em responder as necessidades de transformação do quadro de saúde, ou

¹² (mesmo que a falta de definição dos recursos e concentração do saber fazer da FNS propiciam mais uma desconcentração em muitos dos municípios que têm uma incipiente gestão dos serviços)

a má administração e planejamento dos serviços de epidemiologia, de vigilância sanitária, coloca-se a culpa do avanço das endemias na população "ignorante" e desenformada.

Além disto, desde o início da estruturação dos sistemas de saúde no país estas ações foram realizadas de forma autoritária, hierarquizadas, normativas e higienistas. Em sua maioria, ainda persiste este modelo.

O PCDEN propunha transformações metodológicas como a de promover a mobilização social, capaz de envolver a população nas atividades de prevenção. O Relatório de Avaliação do Impacto das Ações IEC/MC no Controle das Doenças Endêmicas em Cinco Estados do Nordeste, versão Pernambuco¹³, avalia como este se distanciou, na prática, de tais objetivos. Ainda persiste um modelo centralizador, com técnicos despreparados para lidar com as questões de mobilização social, utilizando metodologias tradicionais de transmissão de conhecimento, fechados ao diálogo com saberes e práticas da população. Ou seja, inviabilizando qualquer projeto participativo. Ainda pode-se dizer que não reconhece e, portanto, não envolve os líderes que representam as comunidades como parceiros do processo educativo, e sim, quando mútuo, como agentes divulgadores de informações). Estas ações estão no âmbito de atuação dos guardas educadores, técnicos da saúde e professores.

A experiência de Educação em Saúde que vem sendo implementada pela Secretaria Estadual de Saúde, foi a vivência dos serviços que nos motivou a realizar o presente trabalho.

A necessidade de se estruturar um Plano Estadual de Educação em Saúde no Controle da Dengue se deu pela gravidade da situação epidemiológica¹⁴ e o reconhecimento do importante papel da educação em saúde para o seu enfrentamento.

Além disto seria uma das áreas a serem desenvolvidas conjuntamente com as ações de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária,

¹³ CARVALHO, E.M.F. de e ACIOLI, M.D. *Relatório de Avaliação do Impacto das Ações IEC/MC no Controle das Doenças Endêmicas em Cinco Estados do Nordeste, versão Pernambuco*, Recife, 1996.

¹⁴ Descrita no capítulo anterior.

assistência à saúde e controle da doença, segundo as diretrizes estadual para o combate à doença.

A estruturação da proposta partiu da análise de como esta prática tinha se incorporado à instituição com posterior confronto com os princípios que a equipe elegera como norte de sua ação educativa.

Esta análise demonstrou ser esta, uma prática centralizada (sem reconhecer a importância da autonomia dos municípios na elaboração e execução das atividades), campanhista, normativa, desprovida de processos reflexivos e participativos e portanto, culpabilizadora da população. Ou seja, distanciava-se do projeto de educação em saúde emancipatório para o fortalecimento dos indivíduos, visando o exercício da cidadania e da luta pela melhoria da qualidade de vida e fortalecimento do SUS, o qual se pretende construir nesta instituição. A partir desta análise foram criadas reuniões e fóruns interinstitucionais com o objetivo de discutir, com as diversas instituições governamentais e não governamentais e os movimentos sociais, o planejamento, avaliação e redirecionamento da proposta de atuação.

A avaliação interna deste processo é descrita no trabalho apresentado no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva:

“Os municípios assessorados conseguiram elaborar seus planos envolvendo novos parceiros, utilizando elementos da cultura popular de forma mais contínua e levando a uma reflexão da saúde e não da doença. Alguns municípios buscam o caminho de trabalhar a temática integrada a uma proposta mais ampla das endemias e tendo como foco a luta pela saúde. A rede de parcerias contínua com ações junto aos movimentos sociais, rádios comunitárias e artistas populares.

Entretanto a falta de definição, a descontinuidade e a centralização de recursos inviabilizaram muitas das

atividades e a continuidade de algumas (principalmente as do dia "D").

O processo vem desenvolvendo-se de forma coerente com seus objetivos, uma vez que os municípios têm tido maior autonomia na elaboração e execução dos seus planos e há um reconhecimento da necessidade de atuação de forma integrada, contínua e criativa".

Em todos os momentos da ação educativa buscou-se a participação dos diversos segmentos sociais seja em reuniões interinstitucionais, capacitações pedagógicas, eventos de mobilização social e assessoramento aos municípios.

Nestas oportunidades a participação se deu através de metodologias e técnicas que pretendiam fortalecer a identidade e os valores dos indivíduos e grupos, estimulando-os a construir coletivamente o conhecimento de saúde, doença e educação em saúde, a partir da reflexão de suas realidades e buscando saídas diante de suas possibilidades. No entanto, sem transferir as responsabilidades estatais para os grupos e sim, trabalhando os papéis estatais, coletivos e individuais, dentro de uma perspectiva da saúde como direito do cidadão.

Esta vivência fez perceber a importância de se conhecer de forma mais sistematizada os conceitos e atitudes da população em relação a dengue, enquanto subsídio para o planejamento das ações de controle da dengue, não só visando a educação em saúde, mas as demais áreas.

Em alguns municípios que conseguiram implantar ações de controle percebe-se que começam a surgir tentativas de incorporar, embora de forma incipiente, os conceitos de multideterminação do processo saúde-doença, permitindo planejamento integrado e contínuos das ações. O que reforça a teoria que a municipalização aumentará a eficiência das ações, uma vez que aproxima o planejamento da execução a partir das necessidades e possibilidades locais, possibilitando o surgimento de abertura de canais de participação comunitária.

SABROZA chama atenção para a necessidade de se incorporar instrumentais teóricos de espacialização de análise dos processos produtores das endemias, enquanto mecanismos que permitam captar uma maior especificidade e particularidades das diferentes realidades¹⁵.

Esta incorporação permitirá uma maior sensibilidade para as necessidades e possibilidades locais dando uma maior eficiência e eficácia no destino dos recursos e um aporte para a participação e controle social dos serviços, visando a qualidade do Sistema de Saúde.

Criar referenciais teóricos capazes de aproximar o gerenciamento do controle das endemias da esfera local cria possibilidades de ampliar a participação para gestão e controle dos serviços de saúde. Pois, como alega CRUZ NETO (1993), participação é a legitimação da democracia e é a nível do poder local que os partidos políticos e movimentos sociais encontram a ampliação desta prática, que antes de tudo é social. Participação esta que não deve se resumir a planejar a participação, mas que esteja presente na gestão e no controle social.

No que toca ao processo educativo, esta aproximação será enriquecedora, pois

“O agir educativo inserido na rede de poder local permite tanto a compreensão desta rede, como da dinâmica educacional. Assim, além de contribuir para construção da ação educativa comprometida com a realidade social e com os desmascaramentos das redes de poderes locais, reforça a concepção da educação como um ato político e dota o poder local de possibilidades”¹⁶.

Entretanto, este não é um dos caminhos estruturais para legitimar e qualificar a prática educativa participativa. É premente, também desenvolver marcos teóricos que dêem conta de conhecer e compreender as representações

¹⁵ SABROZA, P. C. 1991. op. cit.

¹⁶ OLIVEIRA, M.V.A. de S.C. op. cit.

sociais do processo saúde-doença. Através do uso de metodologias quantitativas, enriquecidas de métodos qualitativos, diversos autores têm desvendado as representações sociais a respeito da saúde e de seus agravos. Nas endemias, estes estudos têm contribuído para demonstrar como a população constrói seus conhecimentos e sua prática de enfrentamento, seja na esquistossomose, leishmaniose, hanseníase.

Noronha et al¹⁷ em estudo sobre as concepções de uma população em área endêmica para esquistossomose, mostram como a construção do conhecimento passa por dimensões de informações teóricas, observações próprias, relatos de observação e negociações de significados, fazendo com que as concepções de saúde extrapolem o discurso médico e ganhem valores simbólico em várias formas de construção social. Discute a ineficiência do processo educativo com enfoque comportamentalista, com pouca fundamentação teórica, não levando em conta conhecimentos, valores e práticas dos segmentos sociais.

A ação educativa planejada e realizada sem a participação dos usuários e distantes dos seus saberes e valores é também apontada por Rozemberg¹⁸ como a causa do insucesso do processo educativo observado na cidade Conceição do Castelo. A prática desenvolvida pelos guardas da SUCAM, seja em palestras ou aulas, “partiam de proposições gerais e universais e utilizavam de lógica abstratas”, no entanto, eram as observações das práticas operacionais de coleta de fezes e pesquisas malacológicas que apareciam como forma da população construir seus conhecimentos sobre a doença. Ou seja, a discrepância da metodologia utilizada e o sistema lógico da população a apreender a realidade, exigiam desta um grande esforço de compreender as informações difundidas. Por não se reconhecerem no processo, não conseguiam incorporá-las na sua prática, uma vez que o mesmo movimento de negociações de significados não era sentido por parte dos técnicos. Na realidade:

¹⁷ NORONHA, C.V.; BARRETO, M.L.; SILVA, T.M. e SOUZA, I.M. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modelos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 11(1): 106-117, jan/mar., 1995.

¹⁸ Op. citus, 1994.

Apesar de ser um problema falado, vivido, medicado e conhecido no dia a dia dessas comunidades, a doença do caramujo representa um problema em grande parte “alheio”, já que ela é ao mesmo tempo “trazida” e “solucionada” pela SUCAM, não chegando a população tomar posse da mesma e a problematizá-la como objeto de suas próprias ações de saúde. Uma vez detectada, a doença do caramujo já vem com a solução pronta, gratuita, garantida e de origem exógena:

“A gente não liga por causa do caramujo, porque vem a SUCAM e dá o remédio. Ai a gente volta a trabalhar lá (várzea de arroz contaminada). A SUCAM, passa de novo e dá o remédio”¹⁹.

¹⁹ ROZEMBERG, op. citus, pág 45.

VI. METODOLOGIA

VI. METODOLOGIA

O presente estudo descritivo optou por uma metodologia de revisão teórico-instrumental que conjugou a descrição das teorias não críticas da educação e modelos microbiológicos e ecológicos da saúde X teorias críticas reprodutivistas da educação e o pensamento social da saúde.

O estudo focalizou a base estrutural do histórico da dengue e a interferência da população através de suas representações sociais nas práticas de saúde, como principais agentes desses processos.

Foi apresentada a experiência da Secretaria Estadual de Saúde na estruturação de um Plano Estadual de Educação em Saúde no Controle da Dengue.

Por fim, propomos uma possível forma, ainda incipiente de levantar questionamentos e percepções de uma população sobre a dengue através da pesquisa de campo.

1. Escolha da Área

A área a ser escolhida deverá ter um alto coeficiente de prevalência associado a presença de elevados fatores de risco sócio ambientais, caracterizados pelos indicadores:

- Densidade demográfica;
- Abastecimento de água;
- Coleta de lixo;
- Renda per capita;
- Grau de escolaridade.

2. Realizar descrição sócio-política da área

- Visitar a área e identificar os possíveis informantes-chaves com objetivo de perceber a realidade cotidiana da comunidade; iniciando uma relação de intersubjetividade e interação social;
- Para tanto, se faz necessário identificar as Formas de Organização Social, como: associação de moradores, clubes de mães, igrejas, grupo jovem, escola comunitária, entre outros.

3. Entrevistas

Com o objetivo de realizar entrevistas semi-estruturadas, conforme definido por Minayo (1994, 108), com a combinação de perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador. Este instrumento de coleta tem por objetivo obter dados subjetivos, referente às suas atividades, valores e opiniões, através dos fatos, idéias, crenças, maneiras de pensar e atuar, sentimentos, condutas ou comportamentos (Jahoda, 1995).

Apesar da valorização dos saberes dos sujeitos, a interação entre pesquisador e atores sociais no campo, permanece em desigualdade, uma vez que o entrevistador toma a iniciativa, dirige, controla e orienta as digressões e concede a palavra ao entrevistado. As informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador.

- Apresentação: a mediação entre o pesquisador e entrevistado deve ser feita por uma pessoa de referência da comunidade;
- Aplicação de questionários capazes de captar as concepções e atitudes sobre os problemas de saúde do indivíduo/sociedade, destacando a dengue como problema de saúde, qual o caminho terapêutico percorrido, como se realiza a

construção dos saberes a respeito do enfrentamento desta doença e como se relaciona com os serviços de saúde disponíveis.

4. Observação participante

Segundo os autores Schawartz (1995), define-se observação participante o processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação de interação social com a comunidade em estudo, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificado e sendo modificado por este contexto.

Entendemos ser importante este comportamento do pesquisador para possibilitar relações informais no campo, a partir de referências teóricas e aspectos operacionais referentes aos agravos de saúde.

5. Tratamento e análise dos dados

Nesta etapa os dados deverão ser transformados em informação, através da sistematização em categorizações sucessivas, com posterior relatório.

ANEXO

ANEXO I

ROTEIRO DA ENTREVISTA

LEVANTAMENTO DE CONCEPÇÕES E ATITUDES DA POPULAÇÃO NO ENFRENTAMENTO DA DENGUE

I. Dados de Identificação

Nome:

Data de Nasc.:

Endereço:

Ocupação:

II. Informações sobre Saúde

1. O que é saúde na sua opinião?
2. O que é necessário para se ter saúde?
3. Como vivem as pessoas aqui na comunidade?
(trabalho, moradia, associações, lazer, alimentação etc.)
4. Quais os problemas mais freqüentes enfrentados pela comunidade?
5. De que mais adoecem as pessoas na comunidade?

III. Informações sobre Dengue

Etiologia

1. Já escutou falar em dengue? O que?
3. O que causa dengue?

Epidemiologia

4. Já teve dengue ou conhece alguém que já teve?
5. Caso tenha tido, acha que pode pegar novamente?
6. Quantas pessoas já tiveram dengue na sua casa?

Transmissão

7. Como se pega dengue?
8. Onde se reproduz o mosquito? (se fizer alusão ao *Aedes aegypti*)

Sintomatologia

9. O que sente a pessoa quando está com dengue?
10. Que parte do corpo é mais atingida?

Diagnóstico e tratamento

11. Como descobriu que estava com dengue?
12. Esta doença tem tratamento? Qual?
13. E este tratamento (o referido) resolve o problema?

Prevenção

14. O que o Sr.(a), a comunidade e o governo fazem ou poderiam fazer para evitar a dengue?
15. É importante evitar a dengue? Por quê?

VII. CONCLUSÃO

VII. CONCLUSÃO

Procuramos apresentar neste trabalho uma contribuição teórico-instrumental com a preocupação de propor uma prática de educação em saúde que seja eficaz nas medidas de prevenção aos agravos de saúde, humanização dos serviços e resgate dos conhecimentos e valores individuais. Nossa intenção é a de mudanças comportamentais, assumindo um caráter transformador de realidades, apontando para mudanças na qualidade de vida e fortalecimento do SUS.

As teorias de educação aqui discutidas são da linha emancipadora, que identificam as desigualdades sociais como fruto das injustiças de apropriação e acesso às riquezas. A educação é percebida como expressão de cidadania, prevê um processo de reflexão da realidade, no dialogo de saberes para a construção coletiva do conhecimento.

Percebemos que ainda hoje as práticas relativas à educação em saúde de muitos profissionais e algumas instituições, no enfrentamento de endemias, como a dengue, está pautada no modelo microbiologista, centrado na doença, sem haver reflexão a respeito dos aspectos sócio-culturais e individuais. Este modelo direciona para ações higienistas, campanhistas, onde a culpa de adoecer e morrer é transferida aos indivíduos.

Contudo, acreditamos que com esta proposta iremos subsidiar os serviços de saúde para adotar uma nova prática de educação em saúde que cumpra seu papel em colaborar na prevenção de doenças e promoção à saúde.

VIII. REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

VIII. BIBLIOGRAFIA

- ALBUQUERQUE, M. de F. M. A explicação em epidemiologia: bases conceituais para um novo modelo de estudo de intervenção em endemias. Mimeo.
- ASSIS, M. de; VASCONCELLOS, E. M. e VALLA, V. V. Movimento Nacional de Educação Popular em Saúde. 1º Congresso Brasileiro de Ciências Sociais. Curitiba-PR, 1995.
- BARBOSA, C. S.; SILVA, C. B. e BARBOSA, F. S., 1996. Esquistossomose: reprodução e expansão de uma endemia. Cadernos Saúde Pública, 30(6): 609-616.
- BARROS, E. O controle social e o processo de descentralização dos serviços de saúde.
- CAPRA, F. O ponto de mutação.
- CARVALHO, E. M. F. de; ACIOLI, M. D. Relatório de Avaliação do Impacto das Ações IEC/MC no Controle das Doenças Endêmicas em Cinco Estados do Nordeste, versão Pernambuco, Recife, 1996.
- CRUZ NETO, O. O poder local, participação e agir educativo. In: MELO, J. A. C. (org.) Educação, Razão e Paixão. Rio de Janeiro, ENSP, 1993.
- MINAYO, M. C. de S. Saúde-doença: uma concepção popular da etiologia. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 4(4): 356-362, out/dez, 1988.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual de Dengue. Vigilância Epidemiológica e atenção ao doente. Brasília, 1996.

NORONHA, C. V.; BARRETO, M. L.; SILVA, T. M. e SOUZA, I. M. Uma concepção popular sobre a esquistossomose mansônica: os modelos de transmissão e prevenção na perspectiva de gênero. In: Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 11(1): 106-117, jan/mar., 1995.

OLIVEIRA, M. V. A. de S. C. Dilemas e perspectivas da educação em saúde no contexto do SUS. Monografia apresentada no Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social - NESC/Fundação Oswaldo Cruz/CPqAM, Recife, 1996.

ROUQUAYROL, M. Z. (org.) Distribuição das doenças e dos agravos a saúde coletiva. In: Epidemiologia em Saúde. 4ª Ed., Rio de Janeiro, 1994.

ROZEMBERG, B. Representação social de eventos somáticos ligados à esquistossomose. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 10(1): 30-46, jan/mar., 1994.

SABROZA, P. C. Espaço e produção de endemias. Trabalho apresentado no 2º Taller da Associação Latino Americana de Medicina Social. Caracas, 1991.

SABROZA, P. C.; TOLEDO, L. M.; OSANAI, C. H. A organização do espaço e os processos endêmicos - epidêmicos. Mimeo.