



Universidade Estadual do Ceará  
Ana Vanúcia Martins de Carvalho

**A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS COM  
DENGUE NO HOSPITAL SÃO JOSÉ – FORTALEZA,  
CEARÁ.**

Fortaleza - Ceará

2007

Universidade Estadual do Ceará  
Ana Vanúcia Martins de Carvalho

## **A EXPERIÊNCIA DE PACIENTES INTERNADOS COM DENGUE NO HOSPITAL SÃO JOSÉ – FORTALEZA, CEARÁ.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde pública.

Orientador: Prof<sup>o</sup>. Dr. Andrea Caprara

Fortaleza - Ceará  
2007

## Agradecimentos

Aos meus pais **Kardec e Felícia**, pelo apoio dado em todos os momentos de minha vida;

A minha filha **Letícia**, por sua compreensão, cedendo-me para construir este trabalho;

A minha irmã **Ana Valesca** pela compreensão, apoio e atenção, que sem ela não conseguiria chegar até o fim;

Ao colega de mestrado **Jorge**, por dividir comigo as dúvidas, alegrias e tristezas desses anos juntos;

Ao Prof<sup>o</sup>. **Andrea Caprara** pela orientação dada ao longo deste caminho difícil e desconhecido dentro da Antropologia da saúde;

Aos funcionários do Hospital São José, especificamente, **Magali, Nonata e Marlene** pelo apoio e incentivos dados;

À **direção do Hospital São José** por abrir as portas dessa instituição para o aprendizado e a humanização no atendimento;

A **todos os funcionários do Hospital São José** que colaboraram com esta pesquisa;

Aos **sujeitos participantes** da pesquisa por colaborarem com este trabalho trazendo luz ao entendimento da doença dengue.

## SUMÁRIO

Lista de abreviaturas.....	06
Lista de Quadros e Figuras.....	07
1. Introdução .....	09
2. Referencial Teórico-Metodológico.....	13
2.1. Conhecendo a dengue.....	13
2.1.1. Aspectos epidemiológicos da dengue.....	13
2.1.2. Aspectos clínicos da dengue.....	17
2.2. A experiência da doença.....	20
2.3. A experiência da doença infecciosa.....	25
3. Percurso Metodológico.....	30
3.1. Natureza do estudo.....	30
3.2. Contexto do estudo.....	30
3.3. Participantes do estudo.....	31
3.4. Coleta dos dados.....	32
3.5. Tratamento e análise dos dados.....	33
3.6. Questões éticas.....	34
4. Resultados.....	35
4.1. A doença vivenciada pelo paciente.....	38
4.1.1 Sintomas .....	38
4.1.2 O processo de diagnóstico e sua complexidade .....	49
4.2. Itinerários Terapêuticos.....	57
4.3. Percepção de risco e contágio .....	63
5. Considerações Finais.....	74
Referências Bibliográficas.....	77
Anexo.....	83
Anexo I.....	84
Apêndices.....	85
Apêndice I – Guia observacional.....	86
Apêndice II – Temas para serem abordados nas entrevistas abertas.....	87
Apêndice III – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	88

## RESUMO

A dengue, atualmente, é a enfermidade viral mais importante, transmitida por mosquitos, que afeta os seres humanos. A incidência da dengue vem aumentando continuamente e no estado do Ceará possui aspecto endêmico entrecortado por surtos epidêmicos, que ocorreram nos anos de 1987, 1990, 1994, 2001, 2003, 2005 e 2006. Sucessivamente, o número de óbitos vem aumentando devido ao incremento de casos de febre hemorrágica da dengue e a síndrome do choque da dengue, constituindo os casos graves da doença. O aumento no número de casos graves da doença leva conseqüentemente ao aumento de busca por ajuda institucional formal, principalmente por hospitais. Sendo o Hospital São José referência para o atendimento de doenças infecciosas foi o local eleito para a realização deste trabalho. A presente pesquisa teve como objetivo principal compreender a experiência vivenciada de paciente/familiares internados com dengue no Hospital São José e explorar as relações envolvidas e significados dessa experiência. Profissionais de saúde, pacientes e familiares foram observados durante quatro meses nos setores de “admissão” e unidade C de internamento. Além da observação, foram entrevistados quatorze pacientes/familiares e cinco profissionais de saúde envolvidos diretamente com o atendimento. Pacientes que sofreram internação expressaram grande sofrimento físico devido aos próprios sintomas da doença, ao tratamento invasivo e devido às condições de estrutura física do hospital. Expressaram grande sofrimento emocional devido o medo do contágio, medo da morte e o estigma que outras doenças infecciosas carregam em si e que repercutem na experiência com a dengue. Questionaram as condutas clínicas e expressaram dificuldade na relação com os profissionais de saúde. Revelaram o uso de automedicação, citaram cuidados caseiros e a grande dificuldade no acesso ao sistema público de saúde. Ainda como resultado dessa pesquisa, encontrou-se que o diagnóstico da dengue exige a realização de exames complementares e ambiente reservado para observação do paciente e para hidratação endovenosa, espaço que não existia no HSJ, culminando no uso do corredor mais próximo da admissão para essa atividade. Apesar disso, o Hospital São José ainda representou o local adequado para o tratamento da doença, principalmente no que diz respeito à competência dos profissionais que lá trabalham. Percebeu-se que o acometimento da dengue representa um universo complexo e que as medidas de controle, prevenção e tratamento deveriam levar em consideração a experiência da doença, ou seja, a subjetividade do outro, permitindo a construção de um novo paradigma no enfrentamento da dengue no quadro atual de saúde pública no Ceará.

## ABSTRACT

The dengue, currently, is the more important viral disease, transmitted for mosquitos, that affect the human beings. in Ceará the incidence of dengue remains endemic with sporadic epidemic outbreaks, that had occurred in the years of 1987, 1990, 1994, 2001, 2003, 2005 and 2006. Successively, the number of deaths comes increasing due to the increment of cases of dengue hemorrhagic fever and dengue shock syndrome. The increase of the number of serious cases leads to the increase of search for formal institution aid, frequently hospitals. The Hospital São José (HSJ) is reference for the attendance of infectious disease and was the elect place for the accomplishment of this research. It had as objective main to understand the experience of familiar and patient interned with dengue in the HSJ and to explore the involved relations and meanings in this experience. Professionals of health, patients and family had been observed during four months in the sectors of admission and unit c of internment. Beyond the observation, fourteen patients/familiar had been interviewed and five professionals of health involved directly with the attendance. The patients had expressed great physical suffering due to the own symptoms of disease, to the treatment invasive and due to the conditions of physical structure of the hospital. They expressed great emotional suffering due the fear of contact with infectious diseases, fear of the death and the stigma that other infectious diseases possess and that have repercussion of the experience with the dengue. They had questioned the clinical behaviors and they had expressed difficulty in the relation with the health professionals. They had disclosed the self-medication use, they had cited cares homemade and the great difficulty in the access to the public system of health. Still as resulted I found that the diagnosis of the dengue demands the accomplishment of complementary examinations and one place reserved for observation and hydration of the patient. This space did not exist in the HSJ, culminating in the use of the corridor next to the admission for this activity. Although this, the HSJ still represented the place most adequate for the treatment of the dengue, mainly in what it says respect to the ability of the professionals who work there, in the perception of the interviewed ones. That the infection of the dengue represents a complex universe and that the measures of control, prevention and treatment would have to take in consideration the experience of the illness, in other words, the subjectivity of the other, allowing the construction of a new paradigm in the confrontation of the dengue in the current picture of public health in the Ceará.

## 1 INTRODUÇÃO

A convivência diária com pessoas acometidas por doenças infecciosas, no Hospital São José, despertou em mim curiosidade e interesse em aprofundar meus estudos sobre o tema. Por outro lado, questionava-me como colaborar na melhoria dos índices de morbi-mortalidade nas doenças infecciosas?

No ano de 2005, ingressei no Mestrado acadêmico em Saúde Pública, da Universidade Estadual do Ceará. Durante o curso de mestrado conheci os elementos conceituais e metodológicos da antropologia da saúde e decidi que meu estudo se realizaria sob esta perspectiva. A antropologia da saúde se relaciona complementarmente com a epidemiologia e a sociologia da saúde contribuindo de maneira decisiva para a compreensão dos fenômenos relacionados ao processo saúde/doença, tanto individual como coletivamente. Ela aponta os limites e a insuficiência da tecnologia biomédica, demonstra que o estado de saúde de uma população está associado ao seu modo de vida e ao seu universo social e cultural, examina o sistema de assistência à saúde, ou seja, as formas como as pessoas elaboram e reconhecem como “doentes”, como representam os diversos significados da doença/saúde e como a doença é tratada.

Somado a experiência de trabalho dentro do Hospital São José (HSJ), surgiu também o contato com o grupo de pesquisa conduzido pelo Professor Andrea Caprara, despertando-me para a possibilidade de estudar sobre um grave problema de saúde pública no nosso estado e principalmente em Fortaleza – a dengue.

Considerando os aspectos epidemiológicos a dengue é uma doença que existe em Fortaleza há 20 anos, mas constitui ainda vasto material de pesquisa, pois a doença vem apresentando modificações na forma como ocorre na população, uma delas é o aumento dos casos de febre hemorrágica da dengue (FHD) e também porque as medidas de controle e prevenção não tem sido eficazes no combate a ela.

Mediante o interesse em desenvolver essa pesquisa. O passo seguinte foi realizar uma pesquisa bibliográfica para determinar o assunto, buscando lacunas no conhecimento existente sobre o tema. A primeira pesquisa bibliográfica foi feita em relação ao tema principal que era dengue. Encontrei os seguintes números de trabalhos:

## 1. Pesquisa Bibliográfica sobre dengue

### 1.1 Banco de dados na Bireme:

Descritor de assunto: Dengue

-Lilacs – 199

-Medline (1996/2006) – 657

1.2 Biblioteca da UFC (teses e dissertações) – 5

1.3 Biblioteca da UECE (teses e dissertações) – 10

### 1.4 Percentuais dos temas abordados nos trabalhos da pesquisa bibliográfica sobre dengue

- Estudos epidemiológicos – 41%
- Estudos sobre genética/patologia/imunologia/clínica (diagnóstico e tratamento) – 42%
- Programas de Educação, prevenção e controle – 8%
- Dengue e outras doenças reemergentes – 7%
- Trabalho, Impacto econômico e Aspectos do cuidar em enfermagem/ Atitudes, Percepção, Conhecimento e Práticas – 1%

Diante destes resultados verifiquei que os temas que abordavam aspectos subjetivos da doença haviam sido pouco discutidos, inclusive a experiência da doença, tema que a antropologia da saúde aborda. Em seguida busquei na literatura trabalhos sobre a experiência da doença e obtive os seguintes resultados:



## 2. Pesquisa Bibliográfica sobre a experiência da doença

### 2.1 Banco de dados na Bireme:

- Lilacs – 913
- Medline (1996/2006) – 1735

### 2.2 Resultados da pesquisa bibliográfica sobre experiência da doença

Os textos encontrados abordavam principalmente a experiência de internamento com outras doenças, experiência com doenças crônicas (câncer, diabetes) ou seqüelas de intervenções médicas, experiência com doenças infecciosas como hanseníase, tuberculose, esquistossomose, doença de chagas e SIDA.

Portanto, diante destes resultados verifiquei que havia uma lacuna no conhecimento sobre a experiência de estar doente com dengue e decidi pesquisar esse assunto. Parti do pressuposto que a dengue não estava sendo vivenciada apenas como uma enfermidade inócua, simples e de pouca repercussão entre os acometidos, seus familiares e a dinâmica social envolvida nela. Portanto, conhecer esta experiência de perto poderia apontar caminhos para o enfrentamento mais eficaz das epidemias que hoje se apresentam de forma persistente e avassaladora. O local de pesquisa foi o HSJ por ser o hospital de referência para doenças infecciosas e, portanto, recebe os casos mais graves da doença, possibilitando acesso aos pacientes que sofreram intensamente com o acometimento da dengue.

Levantei, então, as seguintes questões norteadoras, as quais me levaram aos objetivos desse estudo: - Quais os significados sociais e culturais construídos pelas pessoas e seus familiares acometidos pela dengue?

- Quais recursos pessoais e institucionais estão sendo mobilizados no enfrentamento da dengue?

- Como está se dando a relação destas pessoas com os profissionais, o tratamento e o a prevenção da dengue?

Diante dessas questões, formulei o objetivo geral: compreender a experiência vivenciada de pacientes com dengue e/ou de seus familiares, atendidos em um hospital público de referência para doenças infecciosas e explorar as relações e significados envolvidos nesta experiência.

Espero que esse olhar antropológico, sobre a experiência da doença, contribua com mudanças tanto no aspecto das medidas de controle e prevenção da dengue, deixando que a voz da população some-se aos esforços de combate a doença e que, também, o sistema de saúde em seu aspecto assistencial torne-se mais humanizado e resolutivo.

Para compreender a doença e a forma como ela se manifesta nas comunidades e como essas respondem ao acometimento da doença a abordagem dos aspectos epidemiológicos, clínicos e sobre a experiência da doença e da doença infecciosa propriamente dita foram de fundamental importância e constituíram o referencial teórico-metodológico utilizada na realização desta pesquisa.

Em seguida o texto expõe o percurso metodológico usado expondo o contexto da pesquisa, ou seja, o Hospital São José; a escolha do método de apreensão dos dados, que se deram através da observação participante, entrevistas abertas e entrevistas em profundidade; o tratamento e a análise dos dados e as questões éticas envolvidas. Em seguida temos o capítulo de resultados que traz a análise, interpretação e discussão das categorias e temas encontrados. E finalmente, as considerações finais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

O referencial teórico-metodológico abordará conceitos relevantes para o tema como: Conhecendo a dengue em seus aspectos epidemiológicos e clínicos; a experiência da doença e a experiência da doença infecciosa.

### 2.1 Conhecendo a dengue

#### 2.1.1 Aspectos epidemiológicos

A dengue e a dengue hemorrágica são doenças causadas por um vírus do gênero *Flavivirus*, com quatro sorotipos diferentes, DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4 (Henchal, 1990). O mesmo autor ainda refere que o ser humano é a fonte de infecção e é também o reservatório vertebrado. A transmissão ocorre pela picada do mosquito vetor. Ocorrem dois ciclos no período de transmissibilidade:

- a) Transmissão do ser humano para o mosquito - ocorre enquanto o vírus estiver no sangue do ser humano (período de viremia). Este ciclo começa um dia antes do aparecimento da febre e vai até o sexto dia da doença.
- b) Transmissão do mosquito para o ser humano - após entrar em contato com sangue contaminado, o vírus se aloja nas glândulas salivares da fêmea do mosquito, onde se multiplica depois de oito a doze dias de incubação. A partir daí é capaz de transmitir a doença e assim fica até o final de sua vida, que dura em média de seis a oito semanas. Não há transmissão por contato direto com o doente ou com suas secreções, nem de fontes de alimento ou água.

A infecção por um dos sorotipos confere imunidade vitalícia para o respectivo vírus, mas, contudo, uma infecção seqüencial por outro sorotipo incrementa o risco de contrair a febre hemorrágica da dengue. Em todo o mundo verifica-se um aumento na incidência de dengue e febre hemorrágica da dengue. Atualmente, é a enfermidade viral transmitida por mosquitos mais importante que afeta os seres

humanos. O mosquito vetor do vírus da dengue é o *Aedes aegypti*. Calcula-se que em cada ano, no mundo, há aproximadamente 50 a 100 milhões de casos de dengue e dependendo, do ano, de 250.000 a 500.000 casos de febre hemorrágica da dengue. O índice de morte por dengue varia em cada país, mas a média é de 5%, sendo a maioria dos casos de morte por dengue em crianças e adultos jovens (Lloyd, 2003).

A primeira epidemia de dengue, no Brasil, documentada clínica e laboratorialmente ocorreu em 1982, na cidade de Boa Vista - Roraima com a isolamento dos vírus DEN-1 e DEN-4, que foram controlados. Mas em 1986 iniciou-se uma intensa circulação do vírus em grandes centros urbanos, configurando-se uma epidemia em algumas regiões do Brasil. No período entre 86 e 90 estes eventos ficaram restritos a alguns estados da região Sudeste (Rio de Janeiro, Minas Gerais e São Paulo) e Nordeste (Pernambuco, Alagoas, Ceará e Bahia). Em 1990 e 1991 ocorreu o primeiro caso de febre hemorrágica da dengue no estado do Rio de Janeiro, com detecção do sorotipo DEN-2, sendo confirmados 462 casos, com oito mortes (Brasil, 2002).

No Ceará, a dengue é endêmica desde 1986, quando foi isolado o vírus tipo um, a partir daí, ocorreram sete epidemias nos anos de 1987, 1990, 1994, 2001, 2003, 2005 e 2006 (SESA, 2007).

A incidência de casos variou de 0,12 casos/100.000 em 1993 para 732/100.000 em 1994, devido à introdução do vírus tipo dois, sendo que foram reportados 120 casos de febre hemorrágica da dengue, com 30 casos fatais (Souza et al, 1995). Após esta epidemia, tivemos uma em 2001 com 456 casos/100.000. Em 2002, foi verificada a introdução do vírus tipo três e, em 2003, tivemos outra epidemia 307 casos/100.000. Em 2005 ela também assumiu características epidêmicas, tivemos 234 casos/100.000 incrementando o risco para a ocorrência de uma epidemia de febre hemorrágica da dengue (SESA, 2007).

Segundo dados da Secretaria de Saúde do Estado, em 2005, foram notificados 39.561 casos suspeitos de dengue em 178 municípios (96,7%). Destes, 39.561 casos suspeitos, 16.744 amostras foram negativas e 22.817 foram

confirmadas laboratorialmente, como casos de dengue no Ceará. Ocorreram 199 casos de febre hemorrágica da dengue com 24 óbitos (SESA, 2007).

Já no ano de 2006 (dados sujeitos a revisão) foram notificados 39.689 casos suspeitos de dengue, em 170 municípios, sendo 13.964 amostras foram negativas e 25.725 foram confirmadas laboratorialmente. Até 09/02/2007, 171 casos de FHD, foram notificados. Em relação aos óbitos tivemos 15 confirmados, conferindo uma letalidade de 8,7% (SESA, 2007).

Nos três últimos anos, o sexo feminino tem sido o mais afetado, com 58% dos casos. A faixa etária mais acometida é entre 20 e 34 anos (faixa etária economicamente produtiva), respondendo por mais de 29% dos casos (SESA, 2007).

Como outras doenças de caráter vetorial as epidemias de dengue estão estreitamente associadas às mudanças ambientais (Wiesenfeld, 1967), particularmente a presença de alta densidade demográfica, falta de suprimento d'água, saneamento básico e coleta pública de lixo.

Sob uma perspectiva bio-ecológica, a presença do vetor e a disponibilidade de criadouros para a procriação deste são os fatores determinantes mais importantes para a ocorrência da dengue (Lenzi et al, 2000). Os recipientes de guarda de água potável nas residências são os locais mais importantes de procriação do mosquito.

Em Fortaleza, Nogueira, 1999 identificou em estudo sobre a infestação pelo *Aedes aegypti* a existência de 949.816 depósitos permanentes de água, entre diversos tipos desde barril, tambor, tonel, tanque, depósito de barro, filtros artesanais, jarras, moringas, potes, vaso de plantas, cacimba, poço, cisterna e caixas d'água, revelando o hábito da população fortalezense de armazenar água para consumo, muitas vezes pela escassez do líquido devido aos períodos de estiagem ou por deficiência no abastecimento público.

Em outro estudo realizado em Fortaleza, Bezerra, 1999 encontrou como fator de risco para infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti* que os depósitos de alvenaria e concreto são mais freqüentes nos domicílios infestados, assim como a presença de depósitos no peridomicílio, descobertos, contendo água que não é de beber e com algas.

Desde 1998, foi detectada a resistência do mosquito ao inseticida organofosfato (OP), em grandes cidades como Rio de Janeiro e Fortaleza. Portanto, esta estratégia não é sustentável e, em longo prazo, irá prejudicar o meio ambiente (Augusto, 1998; 2000). Assim, novas abordagens devem ser identificadas. O controle do vetor está relacionado com a gerência do meio ambiente e deve abranger não só o setor saúde, mas também, outros setores públicos e da sociedade (Penna, 2003).

Sob a perspectiva sócio-política fatores como classe social e o status econômico (Teixeira et al, 2001, 2002), sistemas de saúde públicos, disponibilidade de cuidados de saúde (Tauil, 2001 e 2002; Chiaravalloti et al, 1999) contribuem para a ocorrência da dengue.

Vasconcelos (1998) sugere uma alta prevalência entre pessoas de boas condições sócio-econômicas e que a doença não está associada ao sexo, idade ou educação.

Como fatores que contribuem para a falha dos programas de prevenção, a literatura cita a centralização dos sistemas de saúde e programações verticais (Penna, 2003), a pequena participação comunitária, pobre controle da qualidade na saúde pública e pobre articulação intersetorial (Lenzi 2000; Tauil 2001). Mesmo após a descentralização dos programas de prevenção do nível federal para o municipal, este continua com caráter vertical (Penna, 2003), pois o planejamento do programa deveria levar em consideração os fatores comportamentais, os aspectos sócio-culturais e econômicos, além disso, deveria procurar desenvolver estratégias em conjunto com a comunidade (Lenzi, 2000).

### 2.1.2 Aspectos clínicos

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) define três tipos de casos clínicos, advindos da infecção pelo vírus, a Dengue, Dengue Hemorrágica e Síndrome do Choque da Dengue. Já o Guia de Vigilância Epidemiológica, da Fundação Nacional de Saúde (FNS) descreve a dengue dependendo da forma como se apresente, da seguinte maneira:

- Caso Suspeito de dengue clássico: paciente que tenha doença febril aguda, com duração máxima de sete dias, acompanhada de pelo menos dois dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retroorbital, mialgia, artralgia, prostração e exantema. Além destes sintomas, deve ter estado, nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha presença do *Aedes aegypti*.

- Caso Confirmado de dengue clássico: é o caso confirmado laboratorialmente. No curso de uma epidemia, a confirmação pode ser feita através de critério clínico-epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área, que deverão ter confirmação laboratorial.

- Caso suspeito de FHD: é todo caso suspeito de FHD, que apresente também manifestações hemorrágicas, variando desde a prova do laço positiva, até fenômenos mais graves como hematêmese, melena e outros.

- Caso Confirmado de FHD: é o caso em que são cumpridos os quatro critérios relatados na próxima página.

- Caso descartado: caso suspeito com diagnóstico laboratorial negativo (dois resultados negativos, amostras pareadas IgM); caso suspeito de dengue com diagnóstico laboratorial de outra entidade clínica; caso suspeito, sem exame laboratorial, cuja investigação clínica e epidemiológica são compatíveis com outras patologias.

Em adultos a recuperação pode vir associada à fadiga e depressão prolongadas. É muito importante diferenciar dengue com sintomas de hemorragia e FHD. Casos de morte por dengue são muito raros, no entanto, a FHD e Síndrome do Choque da Dengue (SCD) podem causar muitas mortes. A suscetibilidade, em relação à FHD,

não está totalmente esclarecida. Existem três teorias que tentam explicar sua ocorrência:

- a) Teoria de Rosen: relaciona à virulência da cepa infectante, de modo que os casos mais graves seriam resultantes de cepas extremamente virulentas.
- b) Teoria de Halstead: relaciona a FHD com infecções seqüenciais por sorotipos diferentes, após um período de 3 meses a 5 anos. Nessa teoria a resposta imunológica, na segunda infecção, é exacerbada, o que resulta numa forma mais grave da doença.
- c) Teoria integral da multicausalidade: nessa teoria haveria a associação das teorias anteriores com os seguintes fatores de risco, para promover a ocorrência da FHD:
  - ✓ Fatores individuais: menores de 15 anos e lactentes, adultos do sexo feminino, raça branca, bom estado nutricional, presença de enfermidades crônicas, preexistência de anticorpos, intensidade da resposta imune anterior.
  - ✓ Fatores virais: virulência da cepa circulante. Sorotipo que esteja circulando no momento.
  - ✓ Fatores epidemiológicos: existência de população susceptível, circulação simultânea de dois ou mais sorotipos diferentes, seqüência das infecções (DEN 2 secundário aos outros sorotipos), ampla circulação do vírus.

A FHD se define, segundo as diretrizes da OPAS e OMS, como um paciente com um quadro clínico que cumpre os quatro critérios abaixo:

- 1) febre (ou história recente de febre aguda)
- 2) qualquer manifestação hemorrágica
- 3) trombocitopenia ( $\leq 100.000/\text{mm}^3$ ) e
- 4) evidência objetiva de permeabilidade capilar excessiva (hemoconcentração - valor de hematócrito aumentado, igual ou mais que 20% acima do valor inicial ou o valor médio para a idade, sexo e localidade); efusão pleural ou abdominal; ou hipoalbumemia ou hipoproteinemia.



A OMS define ainda 4 categorias, de acordo com o grau de severidade nas formas de FHD:

- ✓ Grau I: febre acompanhada de sintomas inespecíficos, em que a única manifestação hemorrágica é a prova do laço positiva.
- ✓ Grau II: Além das manifestações constantes no Grau I, somam-se hemorragias espontâneas leves (sangramentos de pele, epistaxe, gengivorragia e outros).
- ✓ Grau III: Colapso circulatório, com pulso fraco e rápido, e pressão arterial ou hipotensão, pele pegajosa e fria, inquietação.
- ✓ Grau IV: choque profundo, com ausência da pressão arterial e pressão de pulso imperceptível (SCD) (Brasil, 2002).

O transcurso normal da FHD dura entre sete a dez dias e deve-se manter uma terapia de apoio intensiva e apropriada. A OPAS frisa que para considerar a presença de FHD deve-se sempre verificar a existência dos quatro critérios e não somente a presença de hemorragia e/ ou contagem baixa de plaquetas. Um dos aspectos chave de grande importância é a excessiva permeabilidade vascular que pode causar a morte (doze a 24 horas), pois conduz ao choque. Outro aspecto chave significativo é o monitoramento da pressão sangüínea, pois sua queda abrupta é sinal de franca evolução para o Choque (Lloyd, 2003).

Os casos de Síndrome do Choque de Dengue são os casos mais graves de FHD. Para estes casos devem-se considerar todos estes critérios e também, a hipotensão ou tensão diferencial ( $\leq 20\text{mmHg}$ ) ou choque (Lloyd, 2003).

O tratamento da dengue constitui-se de repouso, ingestão de fluidos orais, uso de analgésicos e antipiréticos (não se deve usar aspirina, pois esta afeta a função das plaquetas). Com a mais leve suspeita de que o paciente esta desenvolvendo uma forma grave deve-se hidratá-lo com soro, monitorar a pressão sangüínea, os hematócritos e contagem de plaquetas, a ocorrência de manifestações hemorrágicas, o volume de produção de urina e o nível de consciência (Lloyd, 2003).

Nos casos de FHD, a fuga de plasma se dá rapidamente, por isso, o hematócrito pode continuar aumentando, mesmo quando se administra líquido por via

intravenosa, porém este período é breve, por isso devem-se administrar líquidos por um a dois dias. Sendo que esta situação varia muito entre os pacientes, o médico deveria então, ajustar cuidadosamente o tratamento utilizando seriado de hematócrito, pressão sangüínea e volume de urina (Lloyd, 2003).

Uma vez que o paciente começa a melhorar, a reabsorção dos fluidos extravasados é rápida, então o número de hematócrito pode diminuir. Antes de dar alta, seis critérios devem ser cumpridos: ausência de febre por 24 horas (sem uso de antipiréticos), um renovado apetite, melhoramento do quadro clínico, hospitalização por pelo menos três dias depois da recuperação do choque, nenhuma dificuldade respiratória por efusão pleural ou ascite, hematócrito estáveis e contagem de plaquetas maior que 50.000/mm<sup>3</sup> (Lloyd, 2003).

Outro aspecto que deve ser reportado é que quando os casos são diagnosticados prontamente, recebem tratamento sem demora e de forma apropriada, com fluidos intravenosos, evitam-se as hemorragias e as transfusões sangüíneas, não sobrecarregando os bancos de sangue (Lloyd, 2003).

## 2.2. A Experiência da Doença

O campo da antropologia médica faz elos entre saúde, doença, medicina, cultura e sociedade humana e contribui, ao lado da sociologia da saúde e da epidemiologia, na ampliação do contexto que deve ser levado em conta na leitura dos processos patológicos. Coloca que a doença é um produto determinado culturalmente, por isso, uma mesma doença poderá ser organizada diferentemente visto que o conjunto de idéias, crenças, valores, regras e comportamentos são diferentes nos diversos grupos culturais (Bibeau, 1981; Good, 1994; Kleinman, 1988).

As linhas filosóficas da hermenêutica, da fenomenologia e do existencialismo influenciaram a antropologia médica na abordagem dos problemas de saúde e na interpretação dos significados dos comportamentos associados a ela. Kierkegaard

(1952, 1991) e Heidegger (1988) abordaram este assunto (problemas de saúde/doença) de forma diferente se comparamos com a perspectiva biomédica. Por exemplo, para Kierkegaard a angústia é um componente constitutivo dos seres humanos. *“Os seres humanos que não conhecem a melancolia têm um espírito que não conhece a metamorfose”*. A angústia nos remete a capacidade de autoreflexão, de atuar livremente, identificando as possibilidades da liberdade. Colaborando com este pensamento, Heidegger, considera que a ansiedade não é um sintoma patológico, mas um caminho para o autoconhecimento, uma procura de um novo significado de vida. Para este autor a angústia serve como um transtorno que revela a natureza do *Dasein*, que poderia ser traduzido como: “existência humana cotidiana” (Dreyfus apud Caprara, 2003). Nesta existência, o homem procura compreender e interpretar o significado de mundo.

Influenciado por estes autores, Gadamer considerado pai da hermenêutica contemporânea elaborou novos conceitos de saúde, doença, sofrimento permitindo uma nova construção de modelos de saúde-doença, que recuperam a dimensão experiencial e, também, psicossocial (Caprara, 2003). Para este autor, a saúde fica escondida através da sensação de bem-estar. Neste estado, esquecemos de nós e somente nos momentos em que “algo não vai bem” (cansaço, fadiga) lembramos de novo do nosso estado. Para Gadamer, a saúde coincide com o ser no mundo, com a satisfação de ter uma vida ativa.

Para Alves (1993) a “experiência da enfermidade”, como uma categoria analítica, é um termo que se refere aos meios pelos quais os indivíduos e grupos sociais respondem a um dado episódio de doença. Mas como os indivíduos se apropriam de um conjunto de idéias e crenças relativas à doença? A antropologia da saúde vem tentando responder a esta questão.

Influenciados pelos autores de tradição hermenêutica como Gadamer e Paul Ricoeur, um grupo de antropólogos nos Estados Unidos entre eles Arthur Kleinman, Byron Good e Clifford Geertz e no Canadá, Gilles Bibeau e Ellen Corin desenvolveram conceitos que fornecem os elementos chave de um quadro teórico e metodológico para análise dos fatores culturais que intervêm no campo da saúde: a

Corrente interpretativa e o Sistema de signos, significados e ações. Referenciais teóricos que serão utilizados neste trabalho.

Clifford Geertz (1989) se situa na origem da corrente interpretativa. Esta corrente concebe a cultura como um universo de símbolos e significados que permite aos indivíduos de um grupo interpretar a experiência e guiar suas ações. Nessa perspectiva as percepções, as interpretações e as ações, inclusive no campo da saúde, são culturalmente construídas.

Arthur Kleinman (1981) e Byron Good (1994), como principais representantes da corrente interpretativa, ressaltam *a importância de considerar que as desordens orgânicas ou psicológicas, só nos são acessíveis por meio da mediação cultural – “a desordem é sempre interpretada pelo doente, pelo médico e pela família”*. Esta corrente diferencia e conceitua *disease* e *illness*. *Disease* é a doença definida através do modelo biomédico e *illness* é a forma como os indivíduos e os membros de sua rede social percebem os sintomas, experienciando-os, articulando esse sentimento por meio de formas próprias de comportamento e percorrendo caminhos específicos em busca da cura. *Illness* é a resposta subjetiva do indivíduo à situação de doença, uma resposta que engloba aspectos individuais, sociais e culturais à experiência de estar doente. Já *disease* é a forma interpretada de *illness* realizada pelos profissionais de saúde, baseada em conceitos teóricos da biomedicina.

Kleinman (1988) propôs analisar estes fenômenos, através do conceito de Modelo Explicativo (*Explanatory Model*) (ME). O modelo explicativo é constituído por noções elaboradas a partir de episódios de doenças e em referência aos tratamentos que foram utilizados. *“Os ME’s determinam o que é considerado como evidência clínica relevante e como esta evidência é organizada e interpretada para abordagens racionalizadas de tratamento específico”*.

Distingue os ME’s dos profissionais e os ME’s utilizados pelos doentes e suas famílias. Há cinco elementos envolvidos no modelo explicativo sobre a doença: 1) etiologia do problema; 2) duração e características dos sinais e sintomas; 3) fisiopatologia do problema; 4) evolução natural e prognóstico; e 5) tratamento indicado para o problema.

Um exemplo para ilustrar estes elementos é dado por Oliveira (2002), a seguir: Quando ficamos doentes de pneumonia procuramos identificar uma causa do que nos aflige (isso é “gripe mal curada”, “peguei friagem”); analisamos o que estamos sentindo (febre, tosse, calafrios); buscamos compreender quais os mecanismos fisiológicos (“o pulmão está ruim”, “cheio de catarro”); fazemos uma análise da sua gravidade (“posso morrer disso?”) e por fim, buscamos estabelecer um plano para que possamos retornar ao estado anterior (“bom para curar isso é injeção”, “vou tomar um passe”).

Esta é a base que o paciente recorre para tentar dar coerência ao que está ocorrendo com ele na situação de uma doença específica. No entanto, esta lógica é diferente do modelo utilizado pelo médico. Neste momento para que o processo clínico tenha sucesso é preciso haver uma negociação entre as partes.

*"Os relacionamentos no cuidado à saúde (relação paciente-família ou paciente-terapeuta) podem ser estudados e comparados como transações entre diferentes ME's e os sistemas cognitivos e posições na estrutura social nos quais eles estão ligados" (Kleinman, 1981).*

Isso se dá, porque as concepções de saúde e doença do indivíduo não se limitam apenas a uma construção biológica, mas também, a uma construção cultural. Kleinman (1981) afirma que a cultura fornece modelos “de” e “para” os comportamentos humanos relativos à saúde e à doença. Todas as atividades de cuidado em saúde são resposta socialmente organizadas frente às doenças e podem ser estudadas como um sistema cultural: *health care system*. Este sistema de cuidado aponta para uma articulação sistêmica entre diferentes elementos ligados ‘a saúde, doença e cuidados com a saúde: a experiência dos sintomas, modelos específicos de conduta do doente, decisões concernentes a tratamento, práticas terapêuticas e avaliação de resultados. Para Kleinman, todo sistema de cuidado em saúde seria constituído pela interação de três setores diferentes

(profissional tradicional/paraprofissional e popular)<sup>1</sup>. Cada setor veiculando crenças e normas de conduta específicas e legitimando diferentes alternativas terapêuticas.

Portanto, o conhecimento dos ME's, que predominam em um grupo, facilita a comunicação com as pessoas deste grupo, permitindo a realização de intervenções que sejam acatadas por elas, condição essencial para o sucesso de qualquer programa de saúde. É importante, também, pois aprofunda o debate sobre o modelo assistencial em saúde e, por outro lado, analisa como se estabelece a interação desse sistema com os indivíduos que o utilizam.

Segundo Good e Good & Delvecchio Good, citado por Uchoa & Vidal (1994) toda prática terapêutica é eminentemente interpretativa e implica constante trabalho de tradução, de decodificação e de negociação.

*"A significação dos episódios patológicos seria construída em redes de significações, por meio das quais elementos cognitivos, afetivos e experienciais se articulam sobre o universo das relações sociais e das configurações culturais"* (Good e Good & Delvecchio Good, apud Uchoa & Vidal 1994, p. 501).

Como prolongamento do modelo idealizado pelo grupo de Harvard, o modelo de análise dos sistemas de signos, significados e ações visa ao conhecimento sistemático das maneiras de pensar e agir de populações onde se pretende intervir. Possibilita a sistematização da investigação antropológica na área das grandes endemias (como é a dengue). Possui duas premissas básicas: 1) cada comunidade

---

<sup>1</sup> O setor popular seria o maior deles. É aquele em que a família e o grupo social mais próximo desempenham papel importante. É um espaço "leigo", onde a doença começa a ser definida e onde são desencadeados os vários processos terapêuticos de cura. O setor profissional é a organização formal de atenção à saúde, onde a Biomedicina é a maior referência, constitui um modelo organizado, poderoso e hegemônico na nossa sociedade, buscando impor-se aos demais setores. E por fim, o setor paraprofissional que se compõe de erveiros, benzedores, práticas religiosas e outras formas alternativas de cura.

constrói especificamente o universo de problemas de saúde, privilegiando um ou outro sintoma; uma ou outra explicação e encorajando certos tipos de reações ou ações; 2) a maneira como uma comunidade percebe e interpreta os problemas de saúde e os meios pelo qual ela os enfrenta está ligada às suas características sócio-culturais e às condições macroscópicas do contexto (Corin apud Uchoa & Vidal, 1994).

Esta proposta inverte o procedimento que é usado nos estudos de representações, ou seja, parte do nível prático (pragmático) para chegar ao nível semântico. *“Existe uma grande distância entre os discursos que descrevem uma doença em termos gerais e a maneira pela qual são percebidas e interpretadas as ocorrências concretas dessa doença”* (Corin apud Uchoa & Vidal, 1994). Daí deve-se focalizar as ações adotadas frente aos problemas e por esse caminho remontar o campo de percepções e ações.

A contribuição deste modelo, na abordagem dos problemas em saúde pública é que ele permite reformular questões relativas ao planejamento e à organização de programas de saúde, adequando as intervenções às características sociais e culturais das populações alvo.

### 2.3 A Experiência da Doença Infecciosa

As doenças infecciosas têm marcado sua presença ao longo da existência humana. Suas características epidemiológicas modificam-se, como também, a sociedade se modifica. O impacto de medidas de urbanização, a melhoria das condições de vida e saneamento das cidades, os progressos tecnológicos, e o acesso aos recursos diagnósticos, terapêuticos e imunoterápicos contribuíram decisivamente no controle das doenças infecciosas. No entanto, é visto que o acesso a estas melhorias não se deu de forma equitativa, contribuindo para que hoje ainda encontremos as doenças infecciosas, apresentando perfis epidemiológicos específicos que se relacionam com a forma de organização dos grupos populacionais. Como exemplos, podemos citar a transmissão pessoa a pessoa de

doenças como SIDA, sarampo, tuberculose que tem estreita relação com as formas de convivência humana. As doenças de transmissão hídrica têm predominado nos bolsões de pobreza nacional, apesar dos investimentos em saneamento básico, oferta de água e na qualidade de vida das populações marginalizadas sendo insuficientes para o controle destas doenças de contexto epidemiológico tão complexo.

Por outro lado, Manderson (1998) aponta que a antropologia médica pode contribuir no controle das doenças infecciosas através de dois mecanismos: o primeiro é identificar e descrever as relações e entendimento da doença, incluindo conhecimento local da causa e tratamentos relevantes; o segundo é interpretar os conceitos locais e aplicá-los, incorporando-os nas estratégias de educação e comunicação dos programas de controle das doenças.

Considerando a primeira aplicabilidade é visto que a procura por ajuda no adoecimento assume diversas modalidades a depender de diversos fatores envolvidos, tais como: a “etiologia popular” associada à doença; o reconhecimento de sinais e sintomas que são considerados para tratar em categorias diferentes como curandeiros ou nos serviços oficiais de saúde, bem como a adesão com o tipo de tratamento proposto; a distinção entre maior ou menor sofrimento, inclusive se a doença é ameaçadora de vida; dificuldades de locomoção e pagamento.

Considerando a segunda aplicabilidade, ela tem demonstrado que os programas de educação em saúde baseados na intervenção de comportamento têm se mostrado deficientes no controle de várias doenças infecciosas. Segundo Byron Good (1994) os programas de educação e promoção de saúde relacionam linearmente a mudança de comportamento através da aquisição de conhecimento, no entanto, Good considera essa relação inconsistente, pois nem sempre a aquisição de conhecimento em relação àquela doença reverterá em mudança de comportamento. Manderson (1998) exemplifica esta teoria, através de um trabalho sobre a dificuldade de prevenir a infecção pelo *opisthorciasis* em Laos e Tailândia. O consumo de peixe e alimentos crus era tradicionalmente comum expondo estas populações à doença, visto que o parasita possui um ciclo de vida dentro do peixe. Em 1953, desenvolveram um programa de educação em saúde que desencorajava



o consumo de alimentos crus devido à associação com a doença. Os resultados alcançados por estes programas não modificaram os índices de morbidade porque, culturalmente, o consumo de peixe cru era devido à disponibilidade sazonal deste alimento, quando frequentemente, havia limitação na oferta de outros alimentos.

Alves (1998) ao estudar a esquistossomose no Estado da Bahia, levantou um aspecto importante sobre a experiência da doença, pois ao comparar comunidades que experienciavam diferentemente o acometimento da esquistossomose, encontrou duas formas de significação: a de primeiro grau e a de segundo grau. A significação de primeiro grau era construída a partir da experiência corporal específica e aguda da esquistossomose e intersubjetivamente compartilhada; enquanto que, a significação de segundo grau era construída com base em significados formulados pelos agentes de saúde, estando vinculada ao discurso e ações previamente estabelecidos por programas de controle e combate da endemia, portanto a doença era dita, mas não percebida. Estes aspectos devem ser levados em consideração na implementação e avaliação de programas de controle e combate da esquistossomose, pois as experiências expressas e as aspirações das populações em relação aos problemas de saúde podem determinar o fracasso ou o sucesso destes programas.

Uchoa et al, em 2002, usou a abordagem antropológica para investigar o universo de representações (maneiras de pensar) e comportamentos (maneiras de agir) associados à doença de Chagas, procurando avaliar as repercussões deste universo de representações e comportamentos sobre a vida dos infectados. Inspirado no modelo dos “*sistemas de signos, significados e ações*” identificou diversos elementos que devem ser levados em conta no planejamento de campanhas educativas e na elaboração de modelos de atenção ao paciente chagásico.

Ainda, citando autores que privilegiaram o estudo da experiência da doença, como forma de conhecer a realidade que está entorno das doenças infecciosas, Queiroz e Carrasco (1995) focalizaram a microsubjetividade da experiência relativa à hanseníase, procurando, ao mesmo tempo, remetê-la a um nível sociológico e cultural mais amplo. Os resultados deste estudo mostraram que existia um precário

envolvimento do paciente com o seu tratamento, resultante de uma opção de política da saúde que, ao mesmo tempo, privilegia os aspectos biológicos do tratamento e negligencia os aspectos sócio-culturais necessariamente presentes no cuidado para que ocorra o processo da cura. Os resultados, também, mostraram que a grande maioria dos doentes e comunicantes pesquisados sabe muito pouco sobre a doença e reivindicam uma melhor comunicação com a equipe de saúde, visando um relacionamento mais harmônico com o processo de tratamento. Esta reivindicação encontra-se integrada com uma visão que percebe tanto a saúde como a doença como resultantes, em grande medida, do relacionamento do ser humano com o seu meio social, familiar e de trabalho.

Manderson (1998) coloca que o diagnóstico e o tratamento precoce são fundamentais para reduzir a severidade das infecções e o risco de transmissão das doenças infecciosas. A pequena aderência às recomendações médicas afeta a efetividade do tratamento a nível individual e em longo prazo os benefícios de estratégias de saúde pública (incrementando o risco de desenvolver a resistência às drogas e dando continuidade a cadeia de transmissão). Coloca que para ocorrer a adesão é necessário que o paciente possua adequado conhecimento e entendimento da racionalidade do tratamento, no entanto, isto torna-se complicado pois a concepção da doença não é formulada apenas sob a perspectiva biomédica. Daí, é que se pode encontrar pessoas que fazem combinação de várias terapias para maximizar as chances de cura, culminando uma pluralidade de práticas de cura.

Portanto, devemos também considerar que ao abordarmos as doenças infecciosas devemos estar atentos à concepção de contágio construída a partir da cultura local, pois é através destas concepções que podemos entender como as pessoas explicam a doença e quais regras, estratégias e práticas tradicionais são adotadas no enfrentamento dela. Caprara (1998) cita que os conceitos sobre contágio da doença são estruturados em princípios como: empirismo; o pensamento analógico; as classificações simbólicas e o sistema de representações; o conceito de pessoa e de corpo; as relações entre pessoas e a organização social; a relação com poderes sobrenaturais; fatores individuais e circunstâncias externas. Portanto, diferentemente construídos quando comparados com os conceitos biomédicos sobre transmissão de doença.

Exemplos desses aspectos podem ser relatados como nos estudos de Queiroz e Carrasco (1995), onde eles analisaram, a partir da perspectiva dos acometidos pela hanseníase, que para ocorrer o contágio é necessário o microorganismo, no entanto, não refletiu a causa fundamental para o desenvolvimento da doença. Em um nível mais profundo o surgimento da doença esteve relacionado a um processo de desequilíbrio no relacionamento com a vida, mais especificamente com o trabalho ou com o meio social e familiar. Outro exemplo que posso citar é o trabalho de Gir et al (1991) que ao perguntar para uma amostra de coletores de lixo “Como se pega uma DST?” as respostas foram variadas, tais como: por relação sexual, pela falta de higiene, pega de animal, ao sentar no banco, no caminhão de lixo, através do sangue, pôr o pé no chão frio, pelo vento/tempo. Esta variedade de respostas nos mostra que a concepção de transmissão de uma DST pode ser explicada de diversas formas e não apenas pelo modelo biomédico.

Em seguida apresento o percurso metodológico utilizado neste estudo.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 Natureza do estudo

Este estudo tem natureza qualitativa, descritiva, com o intuito de descrever e interpretar os fenômenos sociais relacionados com o tema.

#### 3.2 Contexto do estudo

O campo de estudo desta pesquisa foi o Hospital São José (HSJ). Este hospital localiza-se no bairro Amadeu Furtado, na cidade de Fortaleza, estado do Ceará. Começou seu funcionamento no ano de 1970. Popularmente é marcado por um grande estigma, pois nele atendem-se apenas doenças “ruins”. Em contrapartida, é um hospital que se preocupa com o aspecto humanizado no atendimento mantendo serviço de ouvidoria, estrutura física com jardins, brinquedoteca para as crianças, grupos de discussão com os pacientes sobre adesão e outros temas relevantes para os pacientes. Além disso, mantém constantes atividades de educação continuada com os profissionais e também, o CDA (comida, diversão e arte) que é um encontro temático, mensal, entre os funcionários, com sorteio de presentes simbólicos para os aniversariantes do mês. É um hospital público, mantido pelo governo do estado do Ceará e é referência para doenças infecciosas. Pode ser dividido em dois setores primordiais: setores administrativos e setores clínicos. Os setores administrativos podem ser relacionados como: recepção, direção, centro de processamento de dados, contabilidade, contas médicas, licitação, setor pessoal, rouparia, refeitório, serviços gerais, SAME, descanso médico e de enfermagem, almoxarifado, comissão de controle de infecção hospitalar, ouvidoria, centro de estudos e auditório. Os setores clínicos compreendem: cinco unidades de internamento (Unidade A, B, C, D e E), dois consultórios para atendimentos de demanda espontânea (chamados de consultórios de “admissão”) ambulatório de HIV, hospital dia, laboratório de análises clínicas, serviço social, farmácia, unidade de terapia intensiva (UTI), setor de imagenologia, diálise, centro de materiais, centro cirúrgico e unidade de vigilância epidemiológica (UVE). Conta com um total de 111 leitos, sendo sete de UTI. Em

média, no ano de 2006, ocorreram 136 internações/mês e o número médio de consultas ambulatoriais foi de 2.268 (SAME- HSJ).

A porta de entrada do hospital, de uma forma geral é o espaço que os profissionais chamam de admissão, que também pode ser chamado de consultórios, mas a algum tempo atrás era chamado de emergência. No entanto, verifica-se que este não é o propósito do espaço. Tanto que no saguão de entrada existe uma placa dizendo: “Este hospital não possui emergência”. Portanto, para se realizar uma consulta médica se faz necessário que o paciente tenha algum encaminhamento de outro serviço, ou então, um exame ou um documento que comprove uma visita anterior a outro serviço.

No ano de 2006 os profissionais do setor de admissão realizaram 27.217 consultas, sendo que 6.289 tiveram como diagnóstico clínico dengue ou FHD, correspondendo a 23% do total de diagnósticos. Ocorreram 5 óbitos por FHD no HSJ, correspondendo a 1/3 do total de óbitos no estado. Em relação às internações por dengue o total foi de 64.

### 3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram pacientes ou seus familiares que foram internados com dengue no HSJ durante o período de observação ou pacientes que haviam sido internados no ano de 2006, mas já apresentavam alta ou tinha ido à óbito.

A escolha dos pacientes internados se deu através da lista de pacientes internos na unidade C, coincidentes com o período de observação. Ao escolher um nome na lista, fui até o leito e perguntei se a pessoa gostaria de participar da pesquisa. Sendo a resposta positiva, marquei um horário e retornei posteriormente para a entrevista. Os dados pessoais desses pacientes foram resgatados em seus prontuários. Totalizaram em 14 pacientes entrevistados.

A escolha dos pacientes que não se encontravam internados no período de observação ou que haviam ido à óbito aconteceu através do livro de altas e óbitos (ano 2006) pertencente ao SAME. Neste caso, anotei o número do prontuário e pesquisei o endereço e telefone. Realizei contato telefônico anterior, para conhecer a disponibilidade da pessoa em participar da pesquisa. Em caso positivo fui à casa dessas pessoas para realizar a entrevista no horário combinado antecipadamente. Foram dados nomes fictícios a estas pessoas.

No decorrer da coleta de dados, também tornou-se importante a fala dos profissionais de saúde, envolvidos no atendimento ao paciente com dengue. Portanto, escolhi três categorias para realizar as entrevistas: auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico.

A escolha dos profissionais foi feita pela proximidade pessoal entre mim e o profissional, pela característica do trabalho ou por indicação de outros profissionais que trabalham diretamente comigo. Então acabei por entrevistar uma auxiliar de enfermagem, duas enfermeiras e duas médicas.

### 3.4 Coleta de dados

As técnicas de coleta de dados foram observação participante, entrevistas abertas e entrevistas em profundidade.

A observação tem contribuído para o desenvolvimento do conhecimento científico, sendo uma técnica valiosa, especialmente para coletar dados de natureza não-verbal (Bailey apud Vianna, 2003). A observação participante foi a técnica escolhida por possibilitar apreender determinados acontecimentos que seriam privativos e aos quais um observador estranho não teria acesso ao mesmo. Além disso, permitiu a observação de comportamentos, atitudes, opiniões e sentimentos do grupo em estudo. Inicialmente, os profissionais estranharam minha presença, mas rapidamente acostumaram com ela, pois os ambientes que frequentei eram espaços de circulação de diversos profissionais, dos acadêmicos de medicina e

também, por ser um hospital que recebe muitos pesquisadores nas diversas áreas da saúde.

Utilizei um guia observacional (apêndice I) e o diário de campo para realizar as anotações. Fiquei portanto livre para escutar, ver e manter um contato íntimo com o objeto de estudo durante quatro meses, permitindo a descrição do acesso ao serviço, aspectos da consulta médica, incluindo a relação entre profissionais de saúde/pacientes e aspectos sobre a acomodação e cuidados clínicos dispensados aos pacientes com dengue. Os horários de observação se deu principalmente durante a tarde nos ambientes chamados de “admissão” e unidade C.

Em um segundo momento foram realizadas entrevistas abertas e entrevistas em profundidade com os pacientes/familiares/profissionais baseadas nos temas do apêndice II.

Optei pela entrevista aberta, pois ela permitiu que o entrevistado desenvolvesse sua opinião, relatasse sua experiência da forma como ele viveu, as impressões que teve, as críticas que quiz falar, além das percepções que desenvolveram ao longo do acometimento da doença. Por vezes os entrevistados necessitavam ser estimulados para falar mais sobre um assunto ou outro e demonstraram grande preocupação em dizer o “correto”. Ao fim de suas narrativas diversos temas foram citados. As entrevistas foram todas gravadas. No entanto, mantive em meu diário de campo algumas observações inerentes a pessoa com quem havia falado para facilitar a interpretação dos textos após suas transcrições. As entrevistas abertas e as observações permitiram a triangulação dos dados. As entrevistas em profundidade foram feitas com os profissionais de saúde. Foram realizadas duas entrevistas com cada um deles.

### 3.5 Tratamento e análise dos dados

A totalidade dos dados coletados foram transcritos em forma de texto, através do “*word*” e interpretadas. Para Ricouer a interpretação coloca-se entre a linguagem e a vida vivenciada por meio de uma série de conceitos interpretativos entre os quais

o distanciamento, a apropriação, a explicação e a compreensão. No distanciamento, a objetivação do texto reduz a intenção do autor, eliminando a idéia de que exista apenas uma forma de compreensão, podendo ter vários significados e as pessoas interpretarem de forma diferente o mesmo texto (Ricouer, 1991, 1995). Um outro conceito é o de apropriação, quando o intérprete apropria-se do significado do texto, transformando-o em algo familiar.

Seguindo esse processo metodológico, após transcrição realizei leituras múltiplas, para entender o conteúdo nas suas linhas gerais e identifiquei algumas categorias: a doença vivenciada pelo paciente, itinerários terapêuticos, percepção de risco e contágio. A partir dessas categorias aprofundei-os em temas que representavam os objetivos do estudo, abrindo um diálogo com os autores que fundamentam a teoria. Na análise utilizei fragmentos de discursos, figuras e análise de unidades de significação para facilitar a interpretação e a compreensão destes subtemas.

### 3.6 Questões éticas

Inicialmente essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética do HSJ, sob número de protocolo 002/2006 sendo aprovada através de parecer (anexo I). Por conseguinte a pesquisa adotou durante todo o processo de investigação os princípios éticos de proteger o bem estar físico, social e psicológico, assim como a privacidade; salvaguardar os interesses e os direitos dos informantes; manter o anonimato dos informantes; resguardar o direito de desistência em participar da pesquisa; não tirar proveito ou explorar as informações captadas para outros fins que não os estabelecidos nos objetivos do estudo; manter os registros, bem como o texto final, à disposição das pessoas envolvidas.

Os participantes do estudo foram apenas aqueles que se disponibilizaram a participar e foram orientados primeiramente quanto as intenções, objetivos, vantagens e desvantagens de participar, tendo devidamente assinado o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice III), conforme resolução 196\96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.



## 4 RESULTADOS

Como os pacientes internados com dengue experienciaram este momento? Esta foi a questão central que instigou este trabalho. Para tanto utilizamos uma abordagem qualitativa, seguindo o referencial teórico-metodológico baseado na antropologia da saúde, com análise e a interpretação apoiada nos diversos autores que norteiam e estudam o assunto.

Os resultados desta pesquisa estão divididos em três seções, estabelecidas de acordo com as categorias definidas a partir das entrevistas, além de estarem baseadas nos objetivos apresentados.

A primeira seção se refere à doença vivenciada pelo paciente, a segunda aos itinerários terapêuticos, a terceira a percepção de risco e contágio. No entanto, estas seções abordam outros temas que organizam as idéias apontadas pelos entrevistados dentro destas categorias. Os temas abordados na primeira seção foram sintomas, processo de diagnóstico e sua complexidade, o sofrimento. Na segunda, encontramos os temas automedicação e cuidados caseiros, acesso e escolha do serviço de saúde e por fim, na terceira seção o tema citado é o medo de contágio e o estigma que está presente na experiência de doenças infecciosas.

O quadro da página seguinte mostra as características dos participantes da pesquisa.

**Quadro I – Características dos sujeitos participantes**

<b>NOME</b>	<b>PACIENTE/ FAMILIA</b>	<b>IDA DE</b>	<b>OCUPAÇÃO</b>	<b>CIDADE/ BAIRRO</b>	<b>DIAGNÓSTICO</b>
Anastácia	Mãe	-	Vendedora de roupas em casa/sacoleira	Caucaia	S/R
Beatriz	Paciente	35	Atendente de consultório médico	Caucaia	FHD
Carla	Irmã	-	-	Fortaleza (Colônia)	FHD
Daniela	Mãe	39	Trabalha no restaurante da família	Fortaleza (Cidade dos funcionários)	FHD
Erico	Paciente	53	Dono de oficina de conserto de refrigeradores	Fortaleza (Centro)	FHD
Fernanda	Paciente	24	Agricultora	Redenção	S/R
Gabriela	Paciente	45	Confecciona e vende roupas	Cascavel	DC
Iris	Paciente	24	Empregada doméstica	Fortaleza (Henrique Jorge)	S/R
Joao	Filho	-	Pintor	Fortaleza (Rodolfo Teófilo)	S/R
Laura	Paciente	23	Estudante	Fortaleza (Itaperi)	FHD
Marta	Paciente	28	Supervisora escolar	Icó	FHD
Neto	Paciente	-	Instrutor do SENAC	Fortaleza (Maraponga)	DC
Odília	Paciente	49	Artesã	Fortaleza (Dionísio Torres)	FHD
Paula	Irmã	-	-	Fortaleza (Granja Lisboa)	S/R

S/R – sem resposta

FHD – febre hemorrágica da dengue

DC – dengue clássica

Podemos observar no quadro I, que os sujeitos desta pesquisa possuíam diferenças entre eles, desde as características sócio-econômicas, de ocupação, cidade/bairro em que vivem e de idade. A dengue por ser uma doença infecciosa aguda, transmitida pelo mosquito *Aedes aegypti* acomete indiscriminadamente a população do Ceará visto que em 2006, 170 municípios notificaram casos de dengue (SESA, 2007). Quanto ao diagnóstico final a maioria desenvolveu FHD, uma das formas mais grave da doença.

Decidi entrevistar também alguns profissionais de saúde para facilitar o entendimento da experiência da doença. Entrevistei, portanto cinco profissionais, no próprio ambiente de trabalho. Para escolher quem entrevistar questionei com alguns profissionais que trabalham diretamente comigo que pessoas seriam mais acessíveis. E assim fui à busca deles. A tabela abaixo mostra os profissionais entrevistados suas funções e setores de atuação dentro do HSJ.

**Quadro II – Profissionais de saúde participantes**

<b>NOME</b>	<b>FUNÇÃO</b>	<b>LOCAL</b>
Patrícia	Enfermeira	UTI
Aline	Médica	Enfermaria C
Débora	Enfermeira	Admissão/Consultórios
Priscila	Médica residente	Enfermaria C
Glória	Auxiliar de enfermagem	Enfermaria C

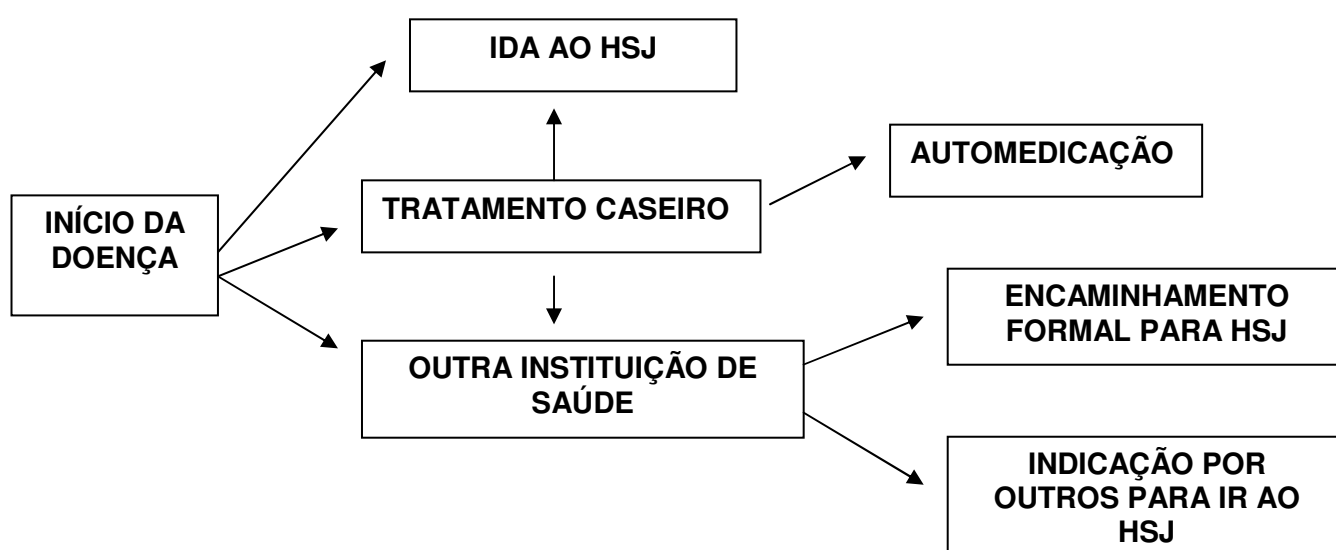
De posse dessas informações e cruzando com os objetivos do estudo, cheguei aos resultados da pesquisa, que relato nas páginas seguintes.

## 4.2 Itinerários Terapêuticos

O estudo do itinerário terapêutico tem como objetivo principal, na literatura sócio-antropológica (Helman, 1994; Waldow, 1998; Alves e Souza, 1999), interpretar os processos pelos quais indivíduos ou grupos sociais escolhem, avaliam e aderem (ou não) a determinadas formas de tratamento.

A dengue possui características peculiares na forma como é vivenciada, pois pode acontecer de forma assintomática, surgir de uma forma inespecífica, sendo comumente confundida com outras viroses, devido ao seu quadro clínico inicial, ser constituído de febre, dor no corpo e cefaléia, sintomas facilmente encontrados em outras doenças, ou ainda, constituir um quadro grave que poderá levar a morte. Este quadro clínico inicial inespecífico pode perdurar por poucos dias e os indivíduos se vêem curados sem maiores dificuldades, por outro lado, pode não resolver-se facilmente e o indivíduo busca interpretar e cuidar de forma diferenciada. O fluxograma abaixo resume os caminhos adotados pelos acometidos pela dengue.

### FLUXOGRAMA DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS



A partir do início da doença e de acordo com o significado dos sintomas vimos que o tratamento pode inicialmente ocorrer em casa, comumente com o uso da automedicação e cuidados caseiros. Nos pacientes entrevistados a grande maioria cita o uso de automedicação, principalmente de antitérmicos e analgésicos. A marca comercial mais citada foi o tylenol®, seguido da dipirona® e antiinflamatório, o qual não foi citado a marca comercial. A automedicação foi relatada por Beatriz e por diversos entrevistados que nos falou sobre os seguintes acontecimentos.

“Porque a gente costuma, assim, quando vai dar o paracetamol dar um chazinho de eucalipto, de erva cidreira.” (Carla, irmã de paciente menor internada com FHD)

“Só tylenol em gotas. Eu me curei só com o suco de acerola... eu melhorei em casa. O mel da italiana. Isso mesmo aqui eu vou fazer pra ela. Suco da acerola, o mel da italiana.” (Mãe de Fernanda, 24 anos internada com FHD)

A partir dessas falas pude ver que o uso da automedicação vem associado a cuidados caseiros com elementos naturais como frutas, chás e outros recursos presentes na cultura cearense. Beatriz citou o banho para baixar a febre, Carla citou o uso do chá de erva cidreira ou eucalipto e a mãe de Fernanda citou o uso de mel da italiana e o suco da acerola. Vimos que estes elementos estão associados ao tratamento caseiro da gripe, reforçando o confundimento entre dengue e outras viroses.

Em trabalho realizado sobre a prevalência e fatores associados à automedicação, realizado na cidade Bambuí, Minas Gerais, os autores encontraram que a automedicação estava associada ao sexo feminino, idade, quantidade de residentes em um domicílio ( $\geq 5$ ), número de consultas médicas nos últimos doze meses. Verificaram que os medicamentos analgésicos e antitérmicos foram os mais consumidos (Loyola Filho et al, 2002). Outros trabalhos apontam que o hábito da automedicação está associado à presença de sinais e sintomas menores; doenças ou condições crônicas levam ao uso de medicamentos prescritos (Beckerleg, et al,

1998; Vilarino, et al, 1998 apud Loyola Filho et al, 2002). Portanto, o comportamento observado na experiência com a dengue reforça estes aspectos encontrados nos trabalhos citados, pois a dengue em Fortaleza vem afetando mais mulheres que homens e também por ser uma doença aguda de sintomas inicialmente semelhantes a outras viroses e de menor gravidade, tudo isso facilitando a automedicação.

Geralmente, as ações de automedicação foram relatadas antes da procura por instituições formais de assistência à saúde. No entanto, em um determinado momento a procura por ajuda especializada começa a ser necessária e então surge a necessidade de decidir para onde ir. Verificamos, conforme o fluxograma que outras instituições de saúde foram procuradas antes da chegada ao HSJ. Locais como Frotinha da Parangaba, Hospital Geral, hospitais privados, consultórios médicos, Instituto Dr. José Frota (IJF) e outros hospitais no interior do Estado foram citados pela maioria dos entrevistados. Apenas uma pessoa relatou ter passado em um posto de saúde para verificar a pressão. No entanto, em um determinado momento, estas instituições encaminharam os pacientes de maneira formal ou não, por entenderem que a gravidade do quadro deveria ser resolvida em um hospital de referência. E em outras situações a decisão de ir para o HSJ foi tomada com a ajuda ou opinião de outras pessoas tais como os familiares, vizinhos, amigos e conhecidos ou ainda, como uma decisão individual. Os quadros abaixo mostram os processos pelos quais os indivíduos escolheram os serviços de saúde.

#### Quadro V – Escolha do serviço de saúde

<b>Unidade de significado</b>	<b>Motivos da escolha do serviço de saúde</b>
“Quando foi na terça-feira de manhã acordei ruim, eu fui medir a pressão (posto perto de casa)” (Gabriela).	Proximidade de casa
“Vamo pro Zé Frota, porque meu pai foi internado lá uma vez” (Odília).	Uso do serviço em outra ocasião
“E eu to com outro também lá no Antonio Prudente porque o plano do outro já cobre” (Anastácia).	Existência de plano de saúde

### Quadro VI – Escolha pelo serviço do HSJ

<b>Unidade de Significado</b>	<b>Motivos da escolha pelo HSJ</b>
“Repetiu o processo por dois dias, e a L. foi piorando. Aí, resolveram transferir pra cá...” (Carla)	Transferência formal entre instituições de saúde.
“Olha, isso aí tem tudo pra ser uma dengue, mas leve ela ali, no Hospital...” (Gabriela)	Indicação de conhecidos, amigos e vizinhos.
“A gente veio logo direto pra cá... Mãe pelo amor de Deus vamos para o hospital...” (Laura)	Decisão compartilhada com a família.
“Que o médico de lá, disse que era por bem que ele viesse logo pra cá...” (Anastácia)	Por indicação médica, mas sem transferência formal.
“Aí foi que me lembrei deste hospital por ser, por tratar de uma doença contagiosa...” (Neto)	Decisão individual/ hospital como referência

Pelo exposto vimos que a preferência em procurar ajuda hospitalar foi mais freqüente. Isso nos leva a crer que os postos de saúde (atenção primária) não constituem referência para a resolução dos problemas advindos pela dengue, visto que nestes estabelecimentos de saúde a oferta de consulta médica, hidratação endovenosa e realização de exames complementares inexistem ou possuem acesso bastante difícil.

Dentro da fala dos entrevistados ficou claro, também, que a busca de um serviço de saúde dependeu da proximidade de casa, capacidade de resolução do problema de saúde, indicação de conhecidos ou outra pessoa próxima, atendimento prévio na instituição por outro motivo de saúde/doença, acesso facilitado e existência de plano de saúde. Para alguns pacientes a decisão de vir para o HSJ foi realizada com a participação de outras pessoas conhecidas e entre os familiares, como podemos ver nos relatos de Beatriz, 35 anos, internada com FHD e Gabriela, 45 anos, internada com DC.

“Eu liguei pra uma amiga minha da faculdade que trabalha lá no hospital universitário, aí ela me indicou esse hospital aqui que é mais apropriado pra essas doenças virológicas.” (Beatriz)

“Foi assim, a minha patroa foi que viu que eu estava sem me alimentar direito. Um chá que eu tomava eu provocava. Aí ela já conhecia aqui, o hospital, aí resolveu logo vir pra cá. Me trazer pra cá.”

Nessas falas e também, na fala de Neto, paciente que aguardava por consulta médica, vemos que o papel de referência do HSJ para doenças infecciosas está bem consolidado no conhecimento da população. Portanto, a sua ida a ele significou estar no local certo para o tratamento da dengue.

Outro aspecto que deve ser abordado, diante do fluxograma proposto, o caminho até a chegada ao HSJ passando inicialmente por outras instituições de saúde nos leva a desenvolver dois aspectos diferentes em relação ao seguimento da doença. O primeiro é o adiamento em receber um tratamento adequado fazendo com que muitos pacientes cheguem em situação de emergência, muitas vezes levando ao internamento na UTI, ou até mesmo ao óbito. E por outro lado, pode despertar nos pacientes a gravidade da doença, facilitando sua chegada até o HSJ. São dois aspectos extremos, um bastante negativo e o outro bastante positivo.

Na fala dos entrevistados encontrei, constantemente, a dificuldade que representa para a família a locomoção e deslocamento para o HSJ. Não somente o momento de levar o paciente até o hospital, mas a dificuldade de estar a cada dia revezando com outro familiar, os turnos de manhã e noite, gerando para eles um custo elevado com estes deslocamentos, devido a obrigatoriedade da existência de acompanhante, visto que o paciente com dengue não deve ter nenhum esforço físico. Somando-se a isto, não foi difícil encontrar mais de um membro da família acometido pela dengue ao mesmo tempo. A fala de Anastácia, mãe de dois filhos com dengue, retrata esta situação, pois um de seus filhos estava em um hospital privado, porque tinha plano de saúde e o outro estava no HSJ, portanto o gasto com estes deslocamentos estava repercutindo seriamente em seu orçamento.



“Tudo de ônibus. Gastando que meu deus, só Deus mesmo. Um gasto medonho” (Anastácia).

Apesar de o atendimento ser gratuito no HSJ, não exime os familiares de gastos extras com o acometimento da doença. Outras repercussões financeiras também foram relatadas, principalmente a falta ao trabalho, por um longo período, visto que a dengue causa uma grande debilidade, pois mesmo após a alta o paciente deve manter-se em repouso ainda por mais ou menos uma semana conforme indicação médica. Esta situação foi relatada pela médica que acompanha pacientes na unidade C.

“Porque a dengue debilita realmente, a condição física do paciente ele só vai recuperar depois de algum tempo. Ele já sai em condições realmente de ficar, pelo menos a nível domiciliar com mais uns 3, 4, 5 dias em repouso” (Dra. Aline)

Do exposto é compreensível que os esforços para o controle e prevenção da dengue devem ser incentivados dentro das políticas públicas de saúde, permitindo que ações eficazes de combate a dengue desonerem o sistema público de saúde diminuindo o número de acometidos.

### 4.3 – Percepção de risco e contágio

Para desenvolver este capítulo organizei a diversidade de percepções em relação ao risco, contágio e estigma que os entrevistados desenvolveram ao longo de suas falas. Portanto, montei dois quadros demonstrativos. O primeiro - quadro VII - aponta as seguintes orientações: condições para a existência da dengue; formas de contágio para a dengue e, motivos para o desenvolvimento de FHD. O quadro VIII coloca o medo do contágio e o estigma nas doenças infecciosas.

**Quadro VII – Percepção de risco e Contágio**

Condições para a existência da dengue	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Casa suja</li> <li>✓ Água parada</li> <li>✓ Vizinhos/pessoas descuidadas com a limpeza</li> <li>✓ Passar ou estar em lugares contaminados</li> <li>✓ Bairros com problemas de saneamento, limpeza urbana, presença de terrenos baldios, bairros infestados de mosquito</li> <li>✓ Profecia divina</li> </ul>
Formas de contágio para a dengue	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Não sabe como pegou</li> <li>✓ Foi o mosquito</li> <li>✓ Água parada de bacias, cacimbas, caixas d'água existentes em casa</li> <li>✓ Lavar as mãos em água contaminada</li> <li>✓ Contato direto com o doente</li> </ul>
Motivos para o desenvolvimento da Febre hemorrágica da dengue	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tipo ou qualidade do vírus</li> <li>✓ Tipo de dengue</li> <li>✓ Falta de boa alimentação</li> <li>✓ Ter tido dengue outras vezes</li> <li>✓ Realizar trabalho pesado</li> </ul>

Apesar de não ter existido uma pergunta específica para entender como os entrevistados percebiam as condições para a existência da dengue, pude extrair de suas falas algumas percepções tais como as de Gabriela, Íris, Carla e Odília que relacionaram a existência da dengue com a falta de limpeza/higiene na casa. No entanto, nenhuma delas acreditou que a contaminação tenha surgido do próprio ambiente doméstico, visto que suas casas foram consideradas limpas. Em contrapartida relataram que a impossibilidade de controlar as práticas de higiene nas casas vizinhas poderia ter sido o motivo de exposição ao mosquito da dengue.

“Mas na casa da gente mesmo eles falam que não tem. Porque muita casa lá, dizem que tem. Nas casas vizinhas... E nas outras o pessoal deixa água parada, no caso a higiene” (Carla).

Outros fatores apontados foram a passagem por locais contaminados, as ausências de saneamento, limpeza urbana e coleta de lixo, presença de terrenos baldios e bairros infestados de mosquito foram apontados como motivos para a existência da dengue, desvinculando mais uma vez a dengue do ambiente domiciliar.

Um depoimento interessante sobre os motivos de haver dengue foi o depoimento de Odília. Odília e sua filha ficaram doentes de dengue ao mesmo tempo, ambas ficaram internadas. As duas são Testemunha de Jeová. Odília disse em um primeiro momento que a falta de limpeza na casa era responsável pela existência da dengue e, em um segundo momento, relacionou com profecia divina, ou seja, a dengue existe e existirá porque está determinado por Jesus que os últimos dias da humanidade serão marcados por grandes pestilências e no término de sua fala ela exclui toda possibilidade de controle, portanto, também, torna-se impossível o combate da dengue por meio de ações de prevenção de qualquer categoria.

“E que não há condição de se combater porque é profecia em cumprimento, então a gente vê que é uma coisa que não vai acabar. Pela mão do homem não” (Odília).

Analisando estes motivos vemos que estas pessoas acometidas pela dengue não acreditaram que a exposição ao mosquito poderia ter acontecido em suas próprias residências. Mesmo naquelas famílias que dois membros foram acometidos ao mesmo tempo, não havia a suspeita de ter sido em suas casas. Esta percepção pode dificultar as ações de prevenção e controle visto que o problema não está em suas próprias casas e sim na casa vizinha, no terreno baldio próximo ou devido ao

descaso do poder público com as ações de limpeza urbana e saneamento, retirando delas a responsabilidade da prevenção.

No segundo item, Formas de contágio para a dengue, houve uma diversidade de percepções, às vezes concorrendo duas causas ao mesmo tempo, para uma mesma pessoa. A percepção da transmissão da dengue através da picada do mosquito foi a que prevaleceu, no entanto em nenhum momento foi relatada a presença da larva como sinal de infestação.

Anastácia cita que não compreende como os filhos “pegaram” dengue, pois um deles sequer saía de casa.

“É uma coisa que não dá nem pra entender né. Agora o outro, o outro não sai nem de casa. Ele não saiu assim que deu pra pegar dengue em outro canto, assim entendeu? (Anastácia)

Esta percepção mostra novamente que os acometidos dificilmente acreditam que o ambiente domiciliar seja o local onde as pessoas possam se contaminar. No caso de Íris que relacionou inicialmente a existência da dengue com a limpeza da casa em outro momento cita que tinha medo de ir à casa da mãe, pois seu irmão estava doente de dengue, supondo que o contato direto com seu irmão a colocaria em risco.

“Aí eu não fui lá porque meu irmão tava com dengue” (Íris)

Para Fernanda apesar de citar a presença de água parada como motivo da existência de dengue, em outro momento ela diz que “pegou” a dengue através da lavagem das mãos em um poço supostamente contaminado.

“Pro mode as água, que fica parada. Tem poço d’água. Eu lavei as mãos” (Fernanda).

Portanto, as formas de contágio relatadas nessas falas em relação à existência e forma de transmissão da dengue são concepções construídas diferentemente das concepções ditadas nas campanhas institucionais que não

levam em consideração que a concepção de contágio de uma doença não se baseia apenas no conhecimento técnico-científico, mas através de construções culturais desenvolvidas ao longo da experiência da sociedade (Caprara, 1998).

Queiroz & Carrasco (1995) cita que a saúde é um estado ideal que pode ser perdido no relacionamento com três fatores fundamentais, além das determinações do destino ou da vontade de Deus. Em primeiro lugar, o indivíduo tende a adoecer quando passa a conviver com vícios e maus hábitos, negligenciando cuidados essenciais com o corpo. Insere-se neste caso a falta de higiene e o convívio com a bebida, cigarro e outros agentes tóxicos. Em segundo lugar encontra-se o ambiente mais amplo que foge ao controle do indivíduo, expondo-o à má qualidade de vida. São exemplos deste a má alimentação, a poluição, as condições adversas de trabalho, a falta de recursos médicos e todas as formas de tensão presentes na luta pela sobrevivência. E em terceiro lugar a insatisfação com a vida, onde reconhece que a saúde depende de um estado emocional positivo.

Considerando os relatos dos entrevistados, a dengue não poderia ter sido transmitida no ambiente familiar, pois este é o local mais resguardado pelas famílias. Apesar de a água parada ter sido citada, os entrevistados não relacionaram a existência de dengue com água limpa, pois a água nesta condição não significou risco para a transmissão de doenças.

Em uma situação extrema, o contágio através do mosquito, foi para Paula, irmã de paciente que foi á óbito, uma ocorrência que ainda suscitava dúvidas, pois ela questionava-se como um mosquito tão pequeno poderia produzir um mal tão grande.

“Ai não sei, que sei lá, um mosquito tão pequeno, o povo diz que é muito perigoso” (Paula).

Para a vizinha de Paula, que participou do socorro, afirmava veementemente que ela não havia morrido de dengue. A morte da irmã de Paula havia sido devido a um derrame somado a ineficiência dos hospitais por onde ela passou. A dengue para ela não era uma realidade, pois no bairro nunca se ouviu falar em ninguém que

havia morrido de dengue, some-se a isso que o diagnóstico de dengue só foi dado pelo HSJ, após necropsia, ou seja, nem mesmo os médicos puderam afirmar o que ela tinha.

Esta diversidade na percepção sobre formas de contágio e percepção de risco também foi encontrada em estudo desenvolvido em Campinas (SP) por Donalísio et al (2001). Eles verificaram que a menor escolaridade, piores condições sócio-econômicas, a convivência com outros problemas cotidianos de maior gravidade podem ter influenciado a discrepância entre as repostas para as seguintes perguntas em relação a percepção de risco e contágio: *Onde se cria o pernilongo do dengue? E como evitar o pernilongo do dengue?*

A fala dos entrevistados relaciona o problema da existência da dengue com campanhas ineficientes, o comportamento inadequado da população e descaso do poder público. A percepção de Érico e Anastácia em relação às campanhas é de ineficiência, até mesmo porque a dengue a cada ano atinge mais e mais a população. Além disso, Anastácia também cita que a população não colabora com as ações governamentais de combate, impedindo a entrada dos agentes de saúde ou não dando importância para a informação que é repassada. Essas percepções são importantes porque nos levam a repensar os mecanismos que estão sendo usados, atualmente, na abordagem das comunidades para controle da dengue.

*“A sociedade de hoje encontra-se mais complexa, que nos tempos de erradicação do Aedes aegypti, dirigida por Oswaldo Cruz. A sociedade mais complexa, a ampliação infinita de criadouros potenciais, espalhados pela caótica realidade urbana, as difíceis relações entre as populações marginalizadas e os representantes do aparelho estatal, são alguns dos elementos da complicada tarefa de controlar o mosquito em contextos epidemiológicos, históricos e sociais, exigindo estratégias compatíveis.”* (Donalísio, 1999).

Outro aspecto importante que Good (1994) cita é que a falência dos programas de educação, promoção e prevenção se dá porque relacionam

linearmente mudança de comportamento com aquisição de conhecimento, sendo que esta relação é inconsistente.

Linhares, 2004 realizou um estudo, em Sobral, sobre os fatores associados às práticas das famílias nos cuidados com a proteção dos reservatórios de água para uso doméstico e seus resultados confirmaram esta teoria, pois apesar da elevada percentagem de pessoas entrevistadas ter recebido informações sobre medidas de prevenção, 46,7% não sabiam *como se pega dengue*, além disso, somente 40,3% responderam que a doença se transmite através da picada do mosquito, 9,5% relacionaram a transmissão com água parada e 2,9% com a falta de higiene.

Em contrapartida a essa situação encontramos no depoimento da auxiliar de enfermagem (Glória) e da médica residente (Rafaela) a percepção de que a experiência da doença faz com que os acometidos passem a conhecer a doença e tornem-se mais propensos a instituir medidas de prevenção e também como multiplicadores sobre os aspectos da doença.

“Ele sai daqui tendo o conhecimento, sabe como é que vai falar pros vizinhos é pra fazer isso é pra fazer aquilo, é como prevenção mesmo” (Glória).

“Olha eu acredito que sim, eu acho que todo sofrimento, né, leva você a fazer uma reflexão... então na minha concepção a pessoa faz uma reflexão daquilo e logicamente vai tentar procurar ajudar para que não exista mais os casos na sua própria casa, na sua vizinhança e na sua família” (Rafaela)

Rosembaum et al (1995) em estudo realizado em Trinidad e Tobago não encontrou associação entre experiência pessoal com a doença e a ausência de depósitos positivos no domicílio.

Entretanto, Fernandes (2002) cita que as ações de controle da dengue, baseadas na participação da comunidade devem considerar não só o conhecimento de cada seguimento da população, mas deve procurar compreender como fatores sócio-culturais podem influenciar a participação social no controle da dengue.

No presente estudo não foi possível perceber se a experiência da doença levou os acometidos a adotarem medidas profiláticas para o controle da dengue após a experiência de internação, visto que os participantes foram observados e entrevistados dentro do ambiente hospitalar e conseqüentemente ainda sem retornar às suas casas.

No terceiro item quando se questionou o motivo para desenvolvimento de uma dengue grave existiram diversas explicações, sendo que a mais cogitada foi o tipo de vírus ou a qualidade/tipo de dengue. Os entrevistados, com exceção de apenas um, não associaram com a necessidade de ter tido dengue mais de uma vez. Isto se explica, pois muitas vezes a dengue se dá de forma assintomática.

Encontrei também, na fala dos entrevistados, o medo de contágio por outras doenças infecciosas visto que estar no HSJ é ter a possibilidade de entrar em contato com todo tipo de doença que para lá são encaminhadas.

Na página seguinte o quadro VIII resume as percepções sobre o medo de contágio e o estigma envolvido na percepção das doenças infecciosas.



### Quadro VIII – Medo do contágio e Estigma nas doenças Infecciosas

Unidade de significado	Contágio e Estigma
<p>“E muita gente com meningite, muita, era só entrando” (Daniela).</p> <p>“Você fica com medo de pegar uma AIDS, pegar outro tipo de doença, tuberculose, tudo mais” (Íris).</p>	Doenças citadas
<p>“Mas até lá vamos pedir pra Deus, porque bom não é né?” (Anastácia).</p> <p>“O que eu tô sabendo as outras doenças mais sérias ficam em outro setor né?” (Odília).</p> <p>“Eu acho assim, né, todo dia lava aqui né? O rapaz passa recolhendo o lixo de manhã, de tarde e de noite. As roupas e as colchas de cama é trocada diariamente, né” (Odília).</p> <p>“Dr. Lauro falou que não. Que a gente não corria esse risco de infecção, que a gente não precisava se preocupar” (Odília).</p>	Diminuição do risco/prevenção do contágio por outras doenças no ambiente hospitalar
<p>“A gente recebe pouca visita, por causa que o povo tem receio deste hospital, né”(Laura).</p> <p>“E ela incomodada porque todo mundo que passava ficava: - O que é isso? O que é isso? Mãe eu tô me sentindo assim, sei lá... uma leprosa, uma coisa assim” (Daniela).</p>	Estigma

Analisando o quadro VIII percebemos que as pessoas entrevistadas sentiram medo de estar em um hospital referência para doenças infecciosas estando em risco para adquirir outras entidades mórbidas, no entanto, citam também, algumas medidas que acreditavam diminuir o risco de contaminação, como a higiene do local e a disposição das doenças em diferentes enfermarias, por exemplo, a SIDA fica nas enfermarias D e E. No entanto, esta percepção não condiz com a realidade, pois pacientes sem diagnóstico definitivo para SIDA muitas vezes permanecem na

unidade C, visto que a presença deles na enfermaria não representa risco de transmissão da SIDA.

Nesse trabalho encontrei dois aspectos relacionados com estigma e dengue. O primeiro faz relação da exposição do doente a outras doenças como a meningite e a SIDA, que são compreendidas como muito graves ou fatais quando comparadas à dengue, que foi considerada uma doença mais simples. Além disso, o hospital foi por várias vezes considerado um local perigoso, o qual estaria dificultando as visitas de amigos e familiares. O segundo aspecto encontrado foi o estigma produzido nas manifestações hemorrágicas repercutidas na pele. Os hematomas que cobriam o corpo da filha de Daniela chamavam a atenção e expunha sua pessoa como portadora de uma doença desfigurante como é considerada a hanseníase.

“E ela incomodada porque todo mundo que passava ficava: - O que é isso? O que é isso? Mãe eu to me sentindo assim, sei lá... uma leprosa, uma coisa assim” (Daniela).

Outro aspecto importante que gira em torno das doenças infecciosas é o estigma. A palavra estigma deriva dos gregos que através dela referia-se a signos corporais destinados a mostrar algo incomum ou mal sobre o estado moral da pessoa. Estes signos eram marcados ou gravados a fogo no corpo e informavam que aquela era uma pessoa impura e que deveria ser evitada principalmente em lugares públicos. Segundo Goffman (1988), o estigma seria uma característica que causa discrepância entre a identidade social virtual (pré-concepções sobre um indivíduo) e a identidade social real (atributos que a pessoa realmente possui). Ou seja, o estigma é algo que transforma uma pessoa comum em uma pessoa vista como diminuída e menos capaz. Assim, segundo Goffman (1988), o contato com os "normais" é evitado, pois os estigmatizados sentem que serão sempre analisados em seus comportamentos. Uma vez que o indivíduo é estereotipado com tal rótulo social ele tem duas opções, encobrir suas marcas ou aceitar uma forma de conduta como se fosse um molde.

A filha de Daniela passou a apresentar hematomas em todo o corpo, desfigurando-a. Neste momento ela sentiu-se observada por todos e por muitas vezes ouviu perguntas como: O que é isso? Diante dessa situação ela associou seus hematomas, ou seja, as marcas, com os portadores de hanseníase, configurando o conceito de estigma.

Antes da segunda metade do século XX o indivíduo com hanseníase deveria confinar-se num dos leprosários, submetendo-se a um tratamento que não tinha qualquer possibilidade de controlar a doença. Portanto os “leproso” foram pessoas estigmatizadas e excluídas do convívio social. Esta imagem do “leproso” como um ser estigmatizado convive no imaginário das pessoas, representando uma doença desfigurante e passível de transmissão, sendo motivo de grande repulsa (Queiroz e Carrasco, 1995).

Portanto, apesar da dengue não suscitar em todas as suas formas o estigma, as manifestações hemorrágicas com expressivo acometimento na pele, pode gerá-lo. Além disso, por ser uma doença infecciosa, os acometidos, ao dar entrada no HSJ, se deparam com outras diversas doenças infecciosas que suscitam grande estigma.

O quadro IX, na página seguinte, resume aspectos abordados nesta categoria trazendo os temas, as unidades de significado e os autores que referenciam o assunto.

**Quadro IX – Quadro interpretativo sobre os temas citados e autores relacionados**

<b>Unidade de significado</b>	<b>Tema</b>	<b>Interpretação</b>	<b>Autor</b>
<p>“Quando eu tava em casa eu não peguei esta doença, foi depois que eu comecei a trabalhar” (Fernanda).</p> <p>“Ai não sei, que sei lá, um mosquito tão pequeno” (Paula).</p>	Contágio	A concepção de contágio de uma doença não se baseia apenas no conhecimento técnico-científico, mas através de construções culturais desenvolvidas ao longo da experiência da sociedade	Caprara (1998)
<p>“Que quando vem com o folheto pra entregar pras pessoas em casa, faz o aviãozinho e dá pro menino brincar, eles não se importa...” (Glória).</p>	Programa de prevenção	A falência dos programas de educação, promoção e prevenção se dá porque relacionam linearmente mudança de comportamento com aquisição de conhecimento, sendo que esta relação é inconsistente.	Good (1994)
<p>“E ela incomodada porque todo mundo que passava ficava: - O que é isso? O que é isso? Mãe eu to me sentindo assim, sei lá... uma leprosa, uma coisa assim” (Daniela).</p>	Estigma	A existência de muitos hematomas desfigurou o corpo da paciente, desviando-a do normal, expondo sua doença e estigmatizando-a.	Goffman (1988)

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro I: Características dos sujeitos participantes.....	36
Quadro II: Profissionais de saúde participantes.....	37
Quadro III: Relação dos sintomas relatados pelos pacientes.....	39
Quadro IV: Quadro representativo do sofrimento físico e emocional.....	43
Quadro V: Escolha do serviço de saúde.....	59
Quadro VI: Escolha pelo serviço do HSJ.....	60
Quadro VII: Percepção de risco e contágio.....	63
Quadro VIII: Medo do contágio e Estigma nas doenças Infecciosas.....	70
Quadro IX: Quadro interpretativo sobre os temas citados e autores relacionados....	73
Fluxograma dos Itinerários Terapêuticos.....	57

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, P. C.; A experiência da Enfermidade: considerações teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, jul./set., 1993.

ALVES, P. C.; SOUZA, I. M.; MOURA, M. A; CUNHA, L. A. A experiência da esquistossomose e os desafios da mobilização comunitária. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14 (sup.2), p.79-90,1998.

ALVES, P.C.; SOUZA, I. M. **Escolha e Avaliação de tratamento para problemas de saúde: considerações sobre o itinerário terapêutico**. In: RABELO, M.C.M, ALVES, P.C.; SOUZA, I. M. Experiência de doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999. p. 125-138.

AUGUSTO, L.G.S.; NOVAES, T.C.P.; TORRES, J.P.M.; COSTA, A.M.; PONTES, C.A. Programa de erradicação do *Aedes aegypti*: inócuo e perigoso (e ainda perdulário). **Cadernos de Saúde Pública**, v.14, n. 4, p. 876-877, 1998.

AUGUSTO, L.G.S.; NOVAES, T.C.P.; ABRAHÃO,C.E.C.; PAVÃO, C.A. SOUZA, A.C. Avaliação crítica do programa de erradicação do *Aedes aegypti*: contribuições técnicas para medidas de controle. **Revista IMIP**, v.14, n. 1, p. 90-97, 2000.

BECKMAN, H. B.; FRANKEL, R. M. *The effect of physician behaviour on the collection of data*. **Annals of Internal Medicine**, n.101, 1984.

BEZERRA, H. S. S. **Determinantes da infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti* na cidade de Fortaleza**. Fortaleza, 1999, 101 p. Dissertação de mestrado. Departamento de Patologia e Medicina Legal, Universidade Federal do Ceará.

BIBEAU, G. *The semantic network in ngbandi disease nosology*. **Social Science and Medicine**, part B, v. 15, 1981.

BRASIL. Fundação Nacional de Saúde. Guia de Vigilância epidemiológica/FNS. 5ª edição. Brasília: FUNASA, 842p. 2002.

CAPRARA, A. *Cultural interpretations of contagion*. **Tropical Medicine and International Health**. v. 3, n. 12, p. 996-1001, 1998.

CAPRARA, A. Uma abordagem hermenêutica da relação saúde-doença. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.4, p.923-931, jul-ago., 2003.

CAPRARA, A.; RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.9, n.1, p. 139-146, 2004.

CHIARAVALLI, F.; COSTA, A.I.P.; MOURA, M.A.S.; SOARES, M.R.D.; PEREIRA, F.C.; BATTIGAGLIA, M.; ARAGÃO, F.J.O.S. Avaliação das ações municipais de combate a vetores da dengue na região de São José do Rio Preto, São Paulo, 1989 a 1995. **Revista Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 32, n. 4, Uberaba-Mg, 1999.

DONALÍSIO, M.R. **O dengue no espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1999.

DONALÍSIO, M.R. et al. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão do dengue-região de Campinas - São Paulo, Brasil-1998. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n.2, p. 197-201, 2001.

DURÃES, C. G. **O perfil da automedicação e a epidemia de dengue: avaliação das práticas de dispensação em farmácias de Belo Horizonte – Um estudo de base populacional**. In: SOARES, A. Iniciação Científica Newton Paiva, 2003-2004, Belo Horizonte. Centro Universitário Newton Paiva, 2005.

FERNANDES, M. D. D. **Controle da dengue centrado no ser humano e suas competências culturais de cuidar**. Fortaleza, 2002. 118 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública/ Epidemiologia , Universidade Federal do Ceará.

GEERTZ, C. A interpretação das culturas. Rio de Janeiro. LTC, 1989.

GIR, E. et al. Doenças sexualmente transmissíveis: conceitos, atitudes e percepções entre coletores de lixo. **Revista de Saúde Pública**, vol. 25, n. 3, São Paulo, jun. 1991.

GOFFMAN, E. **Estigma: Notas sobre a manipulação da identidade**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GOOD, B. J. **Medicine, Rationality and Experience. An anthropological perspective**. Cambridge University Press. Cambridge, 1994.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2ª. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Editora Vozes. 1988

HENCHAL, E. A.; PUTNACK J. R. The dengue viruses. **Clinical microbiology review**, v. 3, n. 4, p. 376-396, 1990.

IRINEU, R. A. **A caminho do sentido: histórias de pacientes com seqüelas das funções orais decorrentes do câncer de boca**. Fortaleza, 2006, 138 p. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará.

KIEKEGAARD, S. **La malattia mortale**. Milano, Edizioni di comunità. 1952.

KIEKEGAARD, S. **Il concetto di angoscia**. Firenze. Sansoni, 1991.

KLEINMAN, A. **Patients and Healers: in the Context of culture**. Berkeley. Universidade da Califórnia, 1981.

KLEINMAN, A. **The illness narratives**. New York, Basic Books, 1988.



LENZI, MF; CARMELLO-COURA, L; GRAULT, CE; VAL, MB. Estudo do dengue em área urbana favelizada no Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v.16, n. 3, p. 851-856, jul-set. 2000.

LINHARES, M. S. C. **Os fatores associados às práticas das famílias nos cuidados com a proteção dos reservatórios de água para uso doméstico e a prevenção da dengue em Sobral - Ceará.** Fortaleza, 2004, 106p. Dissertação de mestrado. Departamento de enfermagem da Universidade federal do Ceará.

LLOYD, L.S. *Mejores prácticas para la prevencion y el control del dengue en las Américas. Environmental Health project - Informe estratégico 7.* **OPAS/OMS, 2003.**

LOYOLA FILHO, A. I. et al. Prevalência e fatores associados à automedicação: resultados do projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v. 36, n. 1, p. 55-62, 2002.

MANDERSON, L. *Applying medical anthropology in the control of infectious disease.* **Tropical medicine & internacional health.** v. 3, n. 12, p. 1020-1027, 1998.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS –** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

NOGUEIRA, M. B. **Infestação pelo *Aedes aegypti* em Fortaleza no período de 1986 a 1998: estratificação de risco.** Fortaleza, 1999, 89 p. Dissertação de mestrado em Saúde Pública da Universidade Federal do ceará.

OLIVEIRA, F. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface: comunicação, saúde e educação**, v. 6, n. 10, p. 63-74, 2002.

PASSOS, M. N. P. et al. Diferenças clínicas observadas em pacientes com dengue causadas por diferentes sorotipos na epidemia 2001/2002, ocorrida no município do Rio de Janeiro. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 4, p. 293-295, 2004.

PENNA, M.L.F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle da dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v.19, n. 1, p. 305-309, jan-fev. 2003.

QUEIROZ, M.S.; CARRASCO, M. A. P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cadernos de saúde pública**, v. 11, n. 3, Rio de Janeiro jul./set. 1995.

RICOUER, P. **From text to action: essays in hermeneutics II**. London: The Athlone Press, 1991.

RICOUER, P. **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

ROSEMBAUM, J.; NATHAN, M. B.; RAGOONANANSINGH, S.; RAWLINS, S.; GAYLE, C.; CHADEE, D. D.; LLOYD, L. S. Community participation in dengue prevention and control: a survey knowledge, attitude and practice en Trinidad and Tobago. **Am. J. Trop. Med. Hyg.**, v. 53, n.2, p. 111-117, 1995.

SESA (2007). Secretaria de Saúde do Ceará. Informe semanal do dengue. Fev.2007. [http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicações/boletim/dengue/dengue\\_09\\_02\\_2007.pdf](http://www.saude.ce.gov.br/internet/publicações/boletim/dengue/dengue_09_02_2007.pdf)

SOUSA, RV.; CUNHA, RV; MIAGOSTOVICH,MP.; TIMBO,MJ.; MONTENEGRO, F.; PESSOA, NTFP.; NOGUEIRA, GMR; SCHATZNAYRHG. *An outbreak of dengue in the state of Ceara, Brazil*. **Memórias do Instituto Oswaldo Cruz**, v.90, n. 3, p. 345-346, Rio de Janeiro, 1995.

STARFIELD, B. et al. *The influence of patient-practitioner agreement on outcome of care*. **AJPH**. n. 71, 1981.

STEWART, M. A.; Mc WHINNEY, I. R.; BUCK, C. W. *The doctor-patient relationship and its effect upon outcome*. *J R Coll Gen Practitioners*, n. 29, 1979.

TAUIL, PL. Urbanização e ecologia do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**. v.17 (suplemento), p. 99-102, 2001.

TAUIL, PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.18, n. 3, p. 867-871, 2002.

TEIXEIRA, MG; BARRETO, ML; COSTA, MCN; BARRETO, F. R.; Epidemiologia do dengue em Salvador-Bahia, 1995-1999. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.34 n.3 Uberaba, 2001.

TEIXEIRA, MG; BARRETO, ML; COSTA, MCN; FERREIRA, LDA; VASCONCELOS, PFC; CAIRNCROSS, S. *Dynamics of dengue vírus circulation: a silent epidemic in a complex urban area*. **Tropical Medicine and international Health**. v. 7, n. 9, p. 757-762, 2002.

UCHOA, E., et al. Signos, significados e ações associados à doença de Chagas. **Cadernos de Saúde Pública**, v.18, n. 1, p. 71-79, 2002.

UCHOA, E.; VIDAL, F. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p. 497-504, 1994.

VASCONCELOS, PFC; LIMA, JWO; RAPOSO, ML.; ROSA, JFST.; RODRIGUES, SG.; MOURA, CMP.; AMORIM, SMC.; ROSA, EST.; FONSECA, N.; ROSA, APAT. Epidemia de dengue em Fortaleza-Ceará: inquérito soro-epidemiológico aleatório. **Revista de Saúde Pública**, v.32, n. 5, 1998.

VIANNA, H.M. **Pesquisa em educação: a observação**. Plano Editora, Brasília, 2003.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzato, 1998.

WIESENFELD, S. *Sickle-cell trait in human biological and cultural evolution*. **Science**, 157, p.1157-1162, 1967.

