



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

SANDRA MARIA DE CARVALHO BRITO

**UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO E A DENGUE:
uma questão de gênero**

**FORTALEZA – CEARÁ
2011**

SANDRA MARIA DE CARVALHO BRITO

**UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO E A DENGUE:
uma questão de gênero**

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

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara.

Co-orientadora: Annatália Meneses de Amorim Gomes.

FORTALEZA – CEARÁ
2011

B862u Brito, Sandra Maria de Carvalho

Utilização da água em domicílio/idoso e a dengue: uma questão de gênero / Sandra Maria de Carvalho Brito. – Fortaleza, 2011.

147 p. ; il.

Orientador: Prof. Dr. Andrea Caprara.

Co-orientação: Prof.^a Dr.^a Annatália Meneses de Amorim Gomes.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciência da Saúde. Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

1. Envelhecimento. 2. Dengue. 3. Saúde Pública. I. Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciência da Saúde.

CDD: 614

SANDRA MARIA DE CARVALHO BRITO

UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO E A DENGUE:
uma questão de gênero

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

Área de Concentração: Políticas e Serviços de Saúde.

Aprovada em: 28/02/2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Andrea Caprara (Orientador)
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge
Universidade Estadual do Ceará – UECE

Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiróz
Universidade Estadual do Ceará – UECE

A Deus, por sua presença em todos os momentos além de me fazer o Teu instrumento de amor, paz e união na minha passagem na Terra.

A todos que participaram, das mais diversas formas, possibilitando a construção e o fortalecimento de um processo de aprendizado que ultrapassou o objetivo da simples realização desse estudo.

Em especial, à minha família, pais, madrinha, irmã(o), filha(os), cunhadas(os), sobrinhas(os), tias(os), primas(os), exemplo de familiares dedicados e amorosos sem o qual minha caminhada na vida seria muito mais difícil. Por todo amor, cuidado e dedicação de sempre.

AGRADECIMENTOS

A Deus e aos meus pais naturais, Vilany e Luiz, e os por lei, Mariinha e Horácio, que sempre me deram o melhor de si, por todo amor, cuidado e confiança em mim depositada.

As(os) meus irmãs(os) Luiz Carlos, Solange, Luiz Antônio, Silvana, Luiz Henrique e minha querida irmã-filha Simone que apesar da minha falta de tempo para estarmos reunidos, juntos souberam entender e, acima de tudo, apoiar-me de diversas formas para a realização desse trabalho. E minha irmã por lei, Neyla, e meu irmão por lei, Lindomar, por mesmo na distância, vibraram com o meu sucesso.

Aos meus queridos filhos, Nitchia, Maiko, Jonhathan e Meyerbeer que souberam ser maduros e compreensivos com minha ausência nestes momentos tão cruciais dessa etapa dos meus estudos.

Aos meus cunhados e cunhadas, e em especial, Bira, com o apoio psicológico, econômico e estrutura de equipamentos, Pablo, com a revisão jurídica das propostas, Paulo, por sua alegria, Sandra, Nice e Regina pelo carinho.

A todos os meus sobrinhos, sobretudo, Kamillah, Ingrid, Yasmim, Talita, Andressa, Larissa, Mateus, Miguel, Gabriel, Bianca e Livinha.

Ao meu estimado orientador, Prof. Andrea Caprara, pela competência, capacidade profissional e todo apoio, dedicação e carinhos.

À minha co-orientadora, Annatália Meneses de Amorim Gomes, pela competência, habilidade profissional, e particularmente por ter me segurado com determinação e direcionado melhor meu estudo.

À admirável e generosa Profa. Maria Salete Bessa Jorge, pelo incentivo, pelos ensinamentos, por sua perseverança, e determinação.

À UECE, pelos saberes que me foram proporcionados ao longo da minha vida acadêmica.

Aos funcionários do mestrado, Mairla, Claudia, Simone, Gutemberg e dona Maria, por todo apoio e presteza.

Aos funcionários, chefes, coordenadores e agentes sanitaristas das Regionais II, IV e V dos *clusters* visitados, ao meu amigo João Crisóstimo da Regional VI que abriu todas as portas para eu chegar aos sujeitos dos *clusters* e ao Vieira que com dedicação me mostrou o máximo possível dos *clusters* em tempo recorde.

Aos meus colegas de turma, com um destaque especial a Martha, Carol, Uchoa, Juliana, Luciana, Fernando. Vocês me ajudaram a crescer para conquistar esta vitória, além de me proporcionarem bons momentos de convivência.

Aos generosos idosos, sujeitos desta pesquisa, e demais pessoas que fizeram e fazem parte da minha vida profissional e pessoal, cujas respostas revelaram muito acerca da utilização da água no relacionado à dengue e aos mistérios da velhice.

Aos meus colegas Ednardo Gadelha, coordenador e revisor da Central de Documentação do SESC, Gregório Oliveira, professor de português e revisor de texto, Regina Ribeiro, Editora das Edições Demócrito Rocha, Germane Pinto e Annatália Gomes, anjos na minha vida.

Ao meu amigo Gregório Oliveira que com satisfação fez a tradução do resumo em português para o inglês.

Às minhas amigas Vânia Brasil e Ana Paula, da Biblioteca do SESC.

À minha irmã-amiga por opção Denise Abintes, às minhas amigas Inez Coutinho, Talitta Albuquerque, Marília, Lidianne, Kleber, Ernani, Miguelzinho, enfim, a todos os amigos que conquistei durante 21 anos de trabalho no SESC desde os porteiros ao presidente Luiz Gastão.

Ao meu amigo Diego Oliveira que com alegria e bom humor me ajudou no texto da proposta passando sua visão e conhecimento jurídico.

À minha irmã-amiga Ana Célia, pelos cuidados com meu pai, sobrinhas e minha filha-irmã, filho-cunhado e até comigo em todos os momentos.

Aos meus irmãos-amigos, em particular: Valdinez, os ensinamentos de música – quem canta seus males espanta; Adriel Rocha, com o destaque da dança de salão – quem dança consegue flexibilidade e perdoa mais a si mesmo e ao outro; Mestre Aquino, ensinamento de Karatê – quem tem essa arte marcial como filosofia sabe esperar sempre a hora certa de defender a vida; minha recente conquista, minha professora de dança do ventre, com ela aprendo a agradecer mais ainda a Deus por me mostrar a beleza de ser mulher nas diversas fases da vida.

À banca examinadora, pelo aceite do convite, e pela generosidade de me ter dado mais tempo do seu tempo para concluir o trabalho.

Aos meus mais recentes amigos Maria do Céu e Welton Rios que com generosidade e competência contribuíram, ela com a correção do trabalho e ele com a normatização das referências.

RESUMO

Teve-se como objetivo compreender as percepções de gênero em idosos inerentes à utilização da água no domicílio e suas repercussões na prevenção da dengue no município de Fortaleza no período de 2010 a 2011. Trabalho norteado pelos questionamentos: quais as concepções do idoso sobre a utilização da água em domicílio, a dengue e suas medidas preventivas? Quais os aspectos socioculturais na utilização da água em domicílio pela pessoa idosa que levam aos focos do mosquito? Como a memória do idoso concernente à utilização da água pode ajudar a compreender os comportamentos culturais das comunidades no combate/prevenção da dengue? Quais as estratégias usadas pelo idoso para prevenir a dengue? A trajetória metodológica fundamentou-se na abordagem qualitativa do tipo interpretativo. Trata-se de um recorte do projeto da OMS, “Eco-Bio-Social Research on Dengue and Chagas Sisease in Latin America and the Caribbean”, e teve como cenário as quadras 84 (Centro), 48 (Parreão) e 99 (José Walter) em virtude do seu contexto peculiar no tocante à dengue. Participaram 22 idosos de ambos os sexos, selecionados de acordo com as seguintes características: ter idade igual ou superior a 60 anos, segundo o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso, os quais, com os agentes comunitários das quadras supracitadas, juntamente com a pesquisadora, identificavam a existência de pessoa idosa na faixa etária estipulada. Quase todos os idosos dos *clusters* pesquisados foram incluídos, apenas uma senhora se recusou a participar. Os dados foram obtidos no período de outubro de 2010 a janeiro de 2011, por meio das técnicas de entrevista semiestruturada, observação livre com anotações em diário de campo e fotografias. As informações foram analisadas pelo método de análise de conteúdo temático, que busca núcleos de sentido, e discutidas com base nos pensamentos dos autores adotados, como eixo teórico. Após submissão do material coletado no campo às etapas da análise de conteúdo, foram construídos os seguintes temas: perfil geral dos participantes; caracterização sóciodemográfica por *cluster* e por gênero; memória dos idosos no resgate histórico da utilização da água em domicílio por *cluster*; percepções e modo de lidar com a dengue no cotidiano dos idosos; utilização da água em domicílio: aspectos sócio culturais, políticos e de promoção da saúde; estratégias populares de idosos no enfrentamento da dengue; e limites e possibilidades na prevenção da dengue. Os resultados assinalaram para a necessidade do resgate cultural, ambiental, social da utilização da água nos bairros; prevenção da dengue nos bairros estudados bem como, para os idosos, uma reconstrução de cidadania e de incentivo à autoestima deles. Além disso, é preciso ampliar a responsabilidade do poder público no incremento da adoção de novas medidas de prevenção à doença, promoção à saúde, fazê-lo atuar em conjunto com a população sem responsabilizá-la individualmente, criando espaços de rede para discussão e empoderamento da comunidade.

Palavras-chave: Água. Idoso. Dengue. Gênero. Saúde Pública.

ABSTRACT

This study aimed at understanding the elderly's perceptions of gender regarding household water use and its repercussions for the prevention of dengue fever in Fortaleza in 2010-2011. This study was guided by the following questions: What are the elderly's conceptions regarding household water use, dengue fever and its preventive measures? What are the social cultural aspects in the elderly's household water use which lead to the mosquito's habitat? In which way can the elderly's memory concerning water use help understand the communities' cultural behavior in fighting and preventing dengue? Which strategies do the elderly use to prevent the dengue fever? The methodological route was based on the interpretive-type qualitative approach. It is a profile of the WHO Project "Eco-Bio-Social Research on Dengue and Chagas Disease in Latin America and the Caribbean", and had blocks 84 (Centro), 48 (Parreão) and 99 (José Walter) as scenario, due to their particular context regarding dengue. Twenty-two old people from both sexes, selected according to the following characteristics. Be 60 or over, according to the Statute of the Elderly (Estatuto do Idoso) and the Nacional Policy for the Elderly (PNI); community agents in the said blocks, along with the researcher, identified the people in the specific age group. All the aged people on the clusters surveyed were included, except for one senior lady who refused to take part. Data were obtained from October 2010 to January 2011, by means of semi-structured interview, free observation with notes on field diary and photographs. The information was analysed through them content analysis, which tries to find meaning nuclei, and discussions were based on selected authors, as theoretical foundation. After submitting the material collected in the field to the phases of content analysis, the following themes were developed: General participants' profile; social demographic classification per cluster e gender; Eldely people's historical retrieval regarding household water use per cluster; perceptions and ways to deal with dengue in the elderly's daily lives. Social cultural, political aspects, as well as health promotion; elderly's widespread strategies to fight dengue; and limits and possibilities in dengue prevention. Results indicated the need for cultural, environmental and social retrieval of water use in the neighborhoods; dengue prevention in the neighborhood researched as well as, for the elderly, reconstruction of citizenship and boost of their self-esteem. Besides, it is necessary to expand the government's responsibility in increasing the adoption of new measures of dengue prevention, health promotion along with the population without blaming them exclusively, but creating network places for community discussion and empowerment.

Keywords: Water. Elderly. Dengue. Gender. Public health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráficos e Quadros

Gráfico 1	Casos em pluviometria por mês. Dengue em Fortaleza, 1998-2003	18
Gráfico 2	Estrutura etária relativa por sexo e idade: Brasil, 1940-2050.....	23
Quadro 1	Técnica de coleta de dados correlacionados aos objetivos do estudo	65
Quadro 2	Informações sobre os homens pesquisados.....	88
Quadro 3	Informações sobre as mulheres pesquisadas.....	90

Figuras

Figura 1	Countries/ areas at risk of dengue transmission, 2008.....	21
Figura 2	Generic eco-bio-social framework showing ecological, biological and social factors of dengue.....	33
Figura 3	Fortaleza em quadrantes.....	62
Figura 4	<i>Cluster</i> dos quadrantes em Fortaleza.....	63

Fotos

Foto 1	Rua J. da Penha.....	72
Foto 2	Rua São João do Jaguaribe.....	72
Foto 3	Rua Nogueira Acióli.....	72
Foto 4	Av. Heráclito Graça.....	72
Foto 5	Terreno baldio – lixo e entulho.....	72
Foto 6	Vegetação e lixo – conservação da calçada.....	72
Foto 7	Terreno baldio – canal, vegetação e água.....	72
Foto 8	Rua Tianguá.....	74
Foto 9	Rua Júlio Silveira.....	74
Foto 10	Av. dos Expedicionários.....	74
Foto 11	Rua André Chaves.....	74
Foto 12	Rua 44.....	78
Foto 13	Rua 73.....	78
Foto 14	Rua 40.....	78
Foto 15A	Av. I (boca de lobo).....	79
Foto 15B	Av. I (buraco).....	79

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AM	Amazonas
CAGECE	Companhia de Água e Esgoto do Ceará
CATIN	Clima do Atlântico Tropical e Impactos no Nordeste
CDC	Center for Disease Control
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNI	Confederação Nacional da Indústria
GSU	Centro Social Urbano
DEN	Epidemias de Dengue
DS	Desenvolvimento Sustentável
ECO	Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento
ESF-SUS	Estratégia Saúde da Família – Sistema Único de Saúde
FHD	Febre Hemorrágica da Dengue
GPS	Grupo de Promoção à Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IPCC	Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PE	Pernambuco
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio
PNCD	Programa Nacional de Controle à Dengue
PNI	Política Nacional do Idoso
PNS	Plano Nacional de Saúde
SES/UFs	Secretaria Estadual da Vigilância Sanitária/ Federais
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria Vigilância em Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO/IDOSO E A DENGUE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO	14
1.2	NOVOS OLHARES SOBRE O AUTOCUIDADO NA PERSPECTIVA DA RESPONSABILIZAÇÃO DOS IDOSOS NA PREVENÇÃO DA DENGUE	27
1.3	A CONSTRUÇÃO DO OBJETO E OS OBJETIVOS DO ESTUDO	34
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	37
2.1	ECOLOGIA /UTILIZAÇÃO, AÇÃO HUMANA E A HISTÓRIA DOS BAIRROS NA COMPREENSÃO DO SURGIMENTO DE DOENÇAS COMO A DENGUE	37
2.2	A MEMÓRIA DO IDOSO COMO ESTRATÉGIA DE RESGATE DA IDENTIDADE DOS BAIRROS E DA CIDADANIA DESSE SUJEITO NO COMBATE À DENGUE	45
2.3	O AUTOCUIDADO, AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA DENGUE E A UTILIZAÇÃO DA ÁGUA	49
2.3.1	A CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA CUIDADORA COMPLEMENTAR ÀS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA	54
2.3.2	O APOIO E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA	57
2.3.3	O AUTOCUIDADO DO IDOSO DIANTE DA DENGUE E A UTILIZAÇÃO DA ÁGUA: CARACTERÍSTICAS E ATITUDES	59
3	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	61
3.1	NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM	61
3.2	CENÁRIO DA PESQUISA	61
3.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO	63
3.4	MECANISMOS E ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS	64
3.5	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	65
3.6	CUIDADOS ÉTICOS	66
4	CARACTERÍSTICAS, CRENÇAS E VALORES SOBRE A DENGUE: RESULTADOS	67
4.1	CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PARTICIPANTES EM SUAS INTERFACES	67
4.2	CARACTERÍSTICAS SÓCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES E HOMENS	68
4.3	MEMÓRIAS DOS IDOSOS NO RESGATE HISTÓRICO DA UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO E A DENGUE: UMA DESCRIÇÃO ETNOGRÁFICA	71
4.3.1	Bairro: Centro de Fortaleza (Quadra 84)	71
4.3.2	Bairro: Parreão (Quadra 48)	74
4.3.3	Bairro: José Walter (Quadra 99)	78
4.4	PERCEPÇÕES E MODOS DE LIDAR COM A DENGUE NO COTIDIANO DOS IDOSOS	85
4.5	UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO: aspectos sócio culturais, políticos e de promoção da saúde	96

4.6	ESTRATÉGIAS POPULARES DE IDOSOS NO ENFRENTAMENTO DA DENGUE	106
4.7	LIMITES E POSSIBILIDADES NA PREVENÇÃO DA DENGUE	116
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
	REFERÊNCIAS	127
	APÊNDICES	141
	APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
	APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
	APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	
	APÊNDICE D1 – QUESTÕES NORTEADORAS / ANÁLISE/ OBJETIVOS	
	APÊNDICE D2 – OBJETIVOS / ANÁLISE E ANÁLISE DE CONTEÚDO / QUESTÕES	
	APÊNDICE D3 – TEORIA / QUESTÕES NORTEADORAS E SÍNTESE / QUESTÕES	

1 INTRODUÇÃO

1.1 UTILIDADE DA ÁGUA EM DOMICÍLIO/IDOSO E A DENGUE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

O mau uso da água pelo homem, aliado à crescente demanda da agricultura, indústria ou mesmo domicílios por esse recurso, vem preocupando especialistas e autoridades no assunto. Alertam e afirmam ser esse um dos principais problemas ecológicos a se resolver, pois já é evidente o decréscimo da disponibilidade de água limpa em todo o planeta. Países da África e do Oriente Médio já sofrem com carência de abastecimento da água. Nesse sentido e detalhando a ação humana, pode-se dizer que a inserção de gênero, compreendendo a importância dos papéis diferenciados entre homens e mulheres (MINAYO, 2006) e aproveitando a experiência de longevos na gestão dos recursos hídricos, talvez seja uma boa opção para encontrar alternativas úteis a todos. É essencial para isso a sensibilização de uma consciência humana, mobilizando e educando na direção de um comportamento ético que resulte positivamente na prática do desenvolvimento sustentável, na produção de alimentos, na disponibilidade, indo além da utilidade da água, do solo e da vegetação (CHRISTOFIDIS, 2006). Ou melhor, ao conhecer e respeitar a dinâmica do ecossistema em conjunto com a participação e práticas da utilização da água em domicílio junto à comunidade, construir caminhos eficazes na direção do combate à dengue.

A primeira discussão em âmbito internacional sobre o papel dos seres humanos concernente ao ambiente e o impacto das mudanças ambientais sobre a saúde e a qualidade de vida das populações, distinguindo entre homens e mulheres a inclusão das responsabilidades de todos, ocorreu em 1972, na Conferência das Nações Unidas sobre ambiente, em Estocolmo. Na mesma época da crise do petróleo em face da problemática dos recursos naturais não renováveis. A partir dessas compreensões, surge o novo conceito de desenvolvimento sustentável (MINAYO, 2006; LOUREIRO, 2006).

Mundialmente também, nessa década de 1960, dava-se a luta e discussão feminista pela não-hierquização das especificidades de homens e mulheres. Em seguida há transição de gênero com foco no sentimento dos homens

de inutilidade e perda da importância na vida do lar, mais intensamente entre 1970 a 1980. Nesse momento, a participação feminina nas atividades agrícolas influenciava o funcionamento da economia e o meio ambiente na manutenção dos recursos naturais. Ademais, as mulheres começam a reivindicar o direito de sobreviver e de promover a subsistência da sua família (GIFFIN, 2002; CADENGUE et al., [2011?]).

A lógica da economia de mercado torna-se danosa socialmente, em especial quando passa a ignorar os outros setores, os valores, o próprio capital natural, a qualidade do meio ambiente, entre outros fatores. Isto, porque a economia de produção de riqueza está associada à economia de mercado, além do processo de consumo e bens culturais, e, assim, acaba ao mesmo tempo acarretando fomes continentais, poluição, desemprego, violência, esgotamento de matérias-primas, ameaça de extinção de espécies e desastres ecológicos, ou seja, problemas ambientais e suas relações com a saúde humana GIFFIN, 2002; MINAYO, 2006; CADENGUE et al., [2011?]).

A atitude humana de utilizar o poder do comércio, da indústria e da tecnologia acima da ética leva a Terra e os trabalhadores a sofrerem o resultado dessas ações. Como assegura Boff, no seu livro “Ecologia, grito da Terra, grito dos pobres”, a lógica explorada pelas classes dominantes submetendo os povos aos interesses de uns poucos influentes politicamente e economicamente numa lógica do capital. E em conjunto com países ricos e centrais sobre os pobres e periféricos, é a mesma “[...] que depreda a Terra e espolia suas riquezas, sem solidariedade para com o restante da humanidade e para as gerações futuras” (BOFF, 1999, p. 11).

Entretanto, aparentemente, o Brasil está em situação um pouco confortável com referência ao abastecimento d'água, pois possui um dos maiores depósitos de água doce subterrâneos do mundo (GIFFIN, 2002; XAVIER; BEZERRA, 2004; CADENGUE et al., [2011?]), em torno de 11,6%. Na América do Sul, o Brasil apreende 53% dos recursos hídricos disponíveis. Contudo, há um grande desafio, pois essa água é mal distribuída e precisa ser bem cuidada. Como se sabe, 80% das reservas concentram-se na Amazônia, onde vivem apenas 5% dos habitantes do país, com 20% desse manancial abastecendo 95% dos brasileiros (ÁGUA, 2010). E ainda: desde sua colonização, o Brasil é marcado pela exploração das suas riquezas naturais e das suas mulheres nativas pela lógica do capitalismo,

que não mede as consequências dos seus atos sobre o ambiente doméstico ou social ou ecossistema (CADENGUE et al., s.d.; GIFFIN, 2002).

Em âmbito mundial, milhões de homens e mulheres são excluídos socialmente e politicamente. Intensifica-se a produção da pobreza por meio do desemprego, da fome, da violência, da insegurança, das condições de moradia subumanas. São milhões de famílias numerosas obrigadas a dividir no máximo três cômodos e sem nenhum tipo de acesso a redes de esgoto, coleta de lixo e água tratada diante da negação do direito a garantias mínimas por causa da idade, gênero, classe social, religião, entre outros (CAMAROTTI; SPINK, 2003).

Como afirmam estes autores Camarotti e Spink (2003) a ótica da exclusão foca nos aspectos da vida diária, nas ruas, nas organizações e instituições, impedindo a pobreza usufruir de igualdade de proteção, igualdade de justiça e igualdade de participação na vida econômica e social. E, ainda: o indicador de insuficiência de renda não dá para atingir todas as múltiplas faces da pobreza em seus contextos locais, nacionais, urbanos e rurais. No entanto, na ausência de outros, é relativamente eficaz para medir o número de pessoas que vivem em situação de indigência (renda familiar *per capita* abaixo do valor da cesta básica de alimentos) e em estado de pobreza (renda familiar *per capita* abaixo do valor da cesta básica, impossibilitando o acesso a produtos e serviços essenciais à sobrevivência no campo urbano e rural).

A lógica do capital produz até lixões a céu aberto, sem nenhum controle ambiental. Desse modo, polui os lençóis subterrâneos de água brasileiros, que alimentam os rios e as represas responsáveis pelo fornecimento de água potável (CAMAROTTI; SPINK, 2003) nos domicílios, influenciando diretamente a saúde das pessoas, do ecossistema e criando ambiente favorável à propagação da dengue e outras doenças vetoriais.

Ainda conforme a mesma fonte, o adensamento excessivo da pobreza acentuada pela lógica do capital é um problema que deteriora a qualidade de vida da população. Na região Nordeste a percentagem do adensamento é de 5% dos domicílios com mais de três pessoas por quarto além da moradia ser precária, como cortiços e favelas com carência de serviços de saneamento básico, colaborando deste modo para doenças ocasionadas por vetores como a dengue.

Portanto, a região Nordeste do país sofre da pobreza do adensamento. Esta é proveniente também do fenômeno da seca desde o período (1500-1822)

colonial brasileiro (XAVIER; BEZERRA, 2004). Paisagens dominadas pela semiaridez, rios não permanentes ou intermitentes, baixo índice pluvial, além de aspectos geológicos como o solo pedregoso da caatinga resultam em um ambiente seco, população bastante sofrida e processo contínuo de empobrecimento. Tal processo é motivado principalmente pelos efeitos econômicos, políticos e sociais diante dos longos períodos de estiagem (MOURA et al., 2004).

De acordo com Castro muito mais grave do que a erosão da riqueza do solo, que se processa em camada lenta no nordeste do país, é a violenta erosão da riqueza humana, é a inferiorização do homem provocada pela fome e pela subnutrição (CASTRO, 1988, p. 67) produzida pela hegemonia do capital em detrimento das necessidades e valores éticos humanos.

No Nordeste, além do clima tropical semiárido, há a má utilização da água e a pobreza da população desassistida sociopoliticamente, o que contribui para o desenvolvimento de antigas doenças já erradicadas no mundo e favorece a presença de vetores do mosquito *Aedes aegypti* como já foi dito. Soma-se a isso o desafio da melhoria das condições físicas, sociais, políticas e de saúde pública da realidade do Nordeste do Brasil. Segundo garante o painel de indicadores do SUS nº 6, a promoção da saúde está estreitamente ligada à vigilância em saúde, na medida em que previne e controla fatores de riscos ambientais relacionados às doenças ou outros agravos à saúde e coloca-se ainda como ferramenta indispensável nas ações de vigilância da qualidade da água para o consumo humano (BRASIL, 2009).

Consoante asseguram Caprara, Lima e Calvasina as epidemias de dengue estão diretamente associadas a mudanças ambientais e à questão de gênero na utilização dos recipientes de armazenamento doméstico da água, apesar de campanhas educativas públicas. Entende-se que a mulher pode ter papel doméstico decisivo no controle da dengue, porquanto, além de ser responsável pelos serviços domésticos, cuida do marido, dos filhos e, muitas vezes, é quem garante o sustento da família, assumindo, assim, uma terceira jornada de trabalho (CAPRARA; LIMA; CALVASINA, [2011?]).

O Estado do Ceará tem uma rede de 117 reservatórios distribuídos nas onze bacias hidrográficas, com capacidade de armazenamento de 10,5 bilhões de m³ (XAVIER; BEZERRA, 2004). E em razão da enorme importância da água editou-se a Lei nº 11.996/92 de 24 de julho de 1992 da Política Estadual de Recursos Hídricos do Ceará a qual defende a ideia da utilização da água pelo ser humano, no

comércio e para cozinhar e a higiene em geral. Ser o estritamente necessário para cada pessoa com o objetivo de permitir o maior aproveitamento da água e não o seu desperdício (XAVIER; BEZERRA, 2004) ou seu mau uso em domicílio e comércio.

Com vistas a entender determinadas condições do Nordeste, criou-se o projeto Multidisciplinar Clima do Atlântico Tropical e Impactos no Nordeste (CATIN), o qual coordena cinco subprojetos para compreender as implicações ambientais, os efeitos sócioeconômicas nesta região no Nordeste acarretados pelas mudanças climáticas mundiais e regionais, da escala sazonal à escala decenal. Diversos estudos mostram estreita relação entre a variabilidade das precipitações e a intensidade dos casos de dengue. Referido programa trata do impacto climático sobre a epidemiologia da dengue no Nordeste tendo Fortaleza em primeiro lugar com o objetivo de estabelecer um sistema de alerta a ser utilizado pela sociedade civil no combate à dengue mostra o Gráfico 1 sobre a dengue em Fortaleza no período de 1998-2003 (IRD BRASIL, 2011).

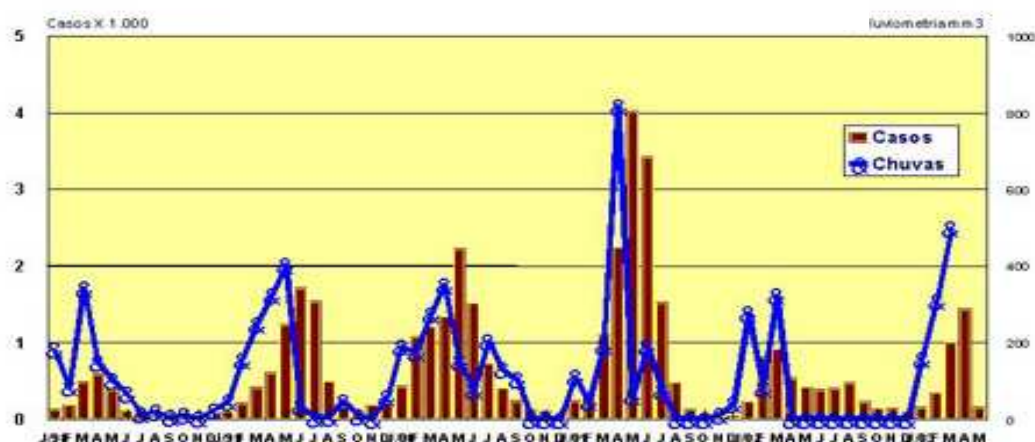


Gráfico 1 – Casos em pluviometria por mês. Dengue em Fortaleza, 1998-2003

Fonte: FUNCEME / SMS/COPS/Célula de Vigilância Epidemiológica /2003 dados até 20.05.2003 (IRD BRASIL, 2011).

Entretanto, o Estado do Ceará, a exemplo da maioria dos Estados nordestinos, tanto sofre os dissabores do fenômeno da seca (XAVIER; BEZERRA, 2004; SOUZA; NEVES, 2002) como o explora desde o século, XIX, para justificar uma série de problemas sociais, políticos e de aproveitamento de verbas de paternalismo denunciado e conhecido como “indústria da seca”, uma manutenção da miséria (SOUZA; NEVES, 2002). Amplia-se, desse modo, muitos conflitos sociais

ligados aos problemas da terra, do controle dos mananciais de água, da implementação de programas de modernização agrícola e da distribuição da riqueza social em tempo de crise. Assim, as relações entre cidade e campo, sobretudo, a partir de 1877, passaram a afetar mais intensamente as cidades e mais especificamente Fortaleza (SOUZA; NEVES, 2002). Esse quadro de conflitos sociais somado à variabilidade das precipitações decorrentes do clima do Atlântico Tropical só reforça a intensidade dos casos da dengue.

Com a concentração de retirantes, Fortaleza passa a lidar com um urbanismo acelerado e desordenado cada vez mais concreto e em escala espantosa de intenso conflito entre sertanejos em busca de sobrevivência e dignidade e políticos empenhados na manutenção de uma ordem baseada na administração e gestão da fome e da pobreza (SOUZA; NEVES, 2002). Surge aqui outro item de complicação social para a criação de ambiente favorável à dengue na capital.

Em complementação à linha de raciocínio dos autores ora citados e voltando ao foco do Nordeste, consoante ressalta Neves (1994) esse contexto político/social produz uma memória coletiva e regional, hegemônica, na medida em que delimita os campos de atuação política e de desenvolvimento econômico ao processo da lógica ainda mercantilista e de valorização do capital, impondo a si mesmo e ao mundo seus interesses acima do social. Nessa perspectiva, o desenvolvimento ilimitado das capacidades de produção como razão e objeto da sociedade leva a pensar alternativas, gerando um conformismo imposto por essa lógica do capital sobre homens e mulheres que vivem à margem da sociedade (NEVES, 1994).

Ao mesmo tempo, desencadeia a desigualdade de gênero sobre a hegemonia das políticas macroeconômicas neoliberais levando à “feminilização” da pobreza em conjunto com a “feminilização” da força de trabalho. Ademais, expõe os limites da expectativa de que o controle da fertilidade e “conquista” do mundo público do emprego remunerado trariam nova liberdade para “as mulheres”, mas também uma dupla jornada, como mencionado, de exploração em nível de gênero e de classe social (CANÔAS, 1997; GIFFIN, 2002). Ressaltamos: a questão de gênero pode ser vista até como um caminho para a educação ambiental no sentido do controle de doenças como a dengue (CAPRARA; LIMA; CALVASINA, [2011?]) a partir da boa utilização da água no domicílio.

Como afirma Lopes, o controle da fertilidade no mundo levou à evolução da queda da fecundidade e, conseqüentemente, do número de crianças e jovens por toda parte. O envelhecimento de uma população relaciona-se a essa redução em conjunto com o aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais, trazendo, com isso, mudanças sociais e redefinindo “identidades, relações familiares, o próprio curso de vida e a dialética dependência/interdependência entre gerações” (LOPES, 2006, p. 139).

Inegavelmente, o envelhecimento humano é um fenômeno global e muito novo para a humanidade. A partir do século XXI, isso produzirá aumento das demandas sociais, econômicas e políticas, pois o crescimento da população com 60 anos ou mais foi superior ao de qualquer outra faixa. Segundo World Health Organization-WHO (2005), entre 1970 e 2025, espera-se um incremento de 223%, ou em torno de 694 milhões de pessoas mais velhas. Em 2025, existirá cerca de 1,2 bilhões de pessoas com ou mais de 60 anos. Até 2050 haverá 2 bilhões, dos quais 80% nos países em desenvolvimento.

Até agora, o envelhecimento da população tem sido bastante associado às regiões e países mais desenvolvidos, mas isso está mudando, e as provas estão nas projeções: nove entre dez países com população superior à 10 milhões e maior proporção de habitantes idosos¹ estão na Europa, e espera-se pouca alteração. Até 2025, pessoas com 60 anos corresponderão a aproximadamente um terço da população de países como Japão, Alemanha e Itália. Sabe-se pouco, porém, sobre a velocidade e importância do envelhecimento da população em regiões menos desenvolvidas (WHO, 2005, p. 9-10).

O envelhecimento mundial, em números, surge como um desafio maior para os países em desenvolvimento, porque além do aumento de velhos nas suas populações, ainda não conseguiram resolver problemas básicos políticos, econômicos, sociais (KALACHE et al., 1987, p. 200) nem as questões fundamentais de saúde pública² decorrentes das doenças virais transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*. Entre estas, a dengue, considerada a mais relevante arbovirose no mundo,

¹ **IDOSO** – Aqui é considerado(a) idoso(a) qualquer cidadão(ã) que goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, asseguradas todas as oportunidades e facilidades, para preservação da saúde física e mental e aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social dessa pessoa, em condições de liberdade e dignidade previsto por lei no art. 2º do Estatuto do Idoso.

² **SAÚDE PÚBLICA** – Conjunto de saberes, dispositivos e ações, desenvolvidos e praticados de modo direto ou indireto pelo poder público, com objetivos de prevenir morte. Tal conjunto articula-se em graus de complexidade, natureza e níveis de atenção: primário, secundário e terciário (SAMPAIO e VASCONCELOS FILHO, 2009).

que acomete anualmente cerca de 50 milhões de pessoas, e revela grande potencial de expansão e caráter endemo-epidêmico em praticamente todos os continentes do globo (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004).

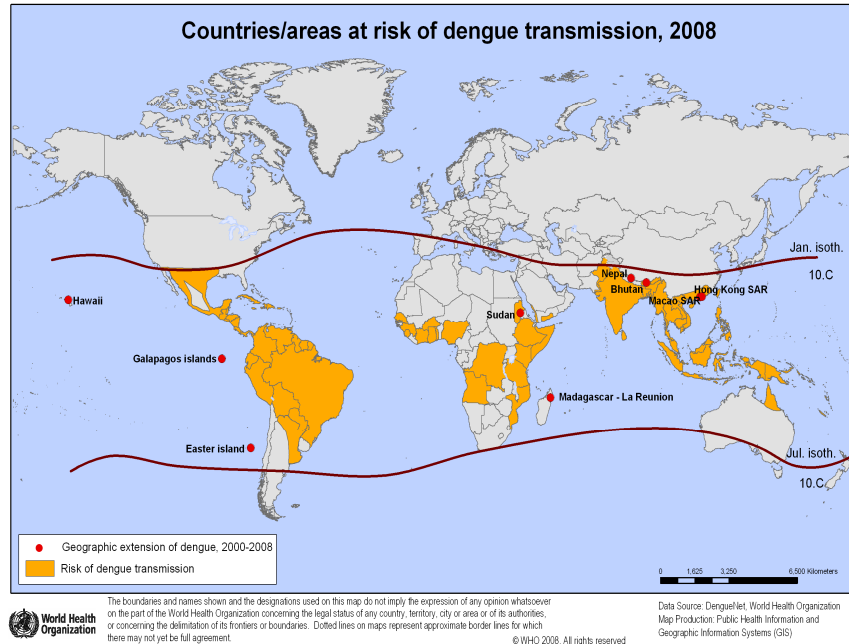


Figure 1 – Countries/areas at risk of dengue transmission, 2008
Fonte: WHO (2008).

O mapa acima (Figura 1) mostra as fronteiras e extensões aproximadas da dengue no período de 2000-2008, em que se observa nas linhas vermelhas e legenda laranja o grande risco de transmissão da doença na América Latina, como afirmam França, Abreu e Siqueira (2004), Caprara e Lima (2009) e Tauil (2010).

Nesse sentido, delineiam-se dois grandes desafios para a saúde pública. Um seria o controle de doenças virais como a dengue, sobretudo nas Américas, exceto Canadá e Chile, que não registram a presença de mosquito (TAUIL, 2010). Nos demais países, geralmente os pobres e de climas tropicais, onde a dengue era tida como erradicada, agora, cada vez mais, observa-se seu retorno em forma de epidemias. Outro desafio seria o próprio fenômeno mundial do envelhecimento populacional, porquanto em 1960 já se registrava mais da metade de pessoas com mais de 65 anos vivendo nos países do Terceiro Mundo. Segundo afirmam Kalache, Veras e Ramos (1987, p. 200) “projeções demográficas indicam que de 1980 até o final do século serão cerca de três quartos do aumento da população idosa fazendo com que seja o grupo etário que mais crescerá na maioria dos países menos desenvolvidos”.

Dos onze países com maiores populações de idosos daqui a quarenta anos, oito se situarão na categoria de países em desenvolvimento, conforme os critérios atuais (KALACHE, VERAS e RAMOS, 1987, p. 200). Haverá, portanto, uma substituição: as grandes populações idosas dos países europeus cederão lugar a países caracteristicamente jovens, como Nigéria, Brasil ou Paquistão, os quais passarão também a registrar uma grande população envelhecida.

Ainda como afirma estes autores, na América Latina, entre os anos de 1980 e 2000, ocorreu aumento de 120% da população total (de 363,7 para 803,6 milhões), enquanto o aumento da população acima de 60 anos foi de 236% (de 23,3 para 78,2 milhões), ou seja, duas vezes maior que o percentual de crescimento da população como um todo.

Além do problema do envelhecimento existe também o problema da dengue na América Latina no Caribe, na Ásia e recentemente na região do Mediterrâneo Ocidental, considerada hoje um problema emergente de saúde pública causado pelo mosquito da dengue (CAPRAR A; LIMA, 2009, p. 4). Dengue e envelhecimento humano tem vários pontos em comum. Assim, ao se cuidar de um beneficia-se o outro. Por exemplo, dar qualidade de vida³ aos anos conquistados às pessoas idosas (LIMA et al., 2009) inclui trabalhar os fatores em comum com a dengue. Tais fatores são, determinantes, como o meio ambiente, envolvendo moradia, água limpa e higiene; fatores relacionados ao ambiente social, por meio de educação e aprendizagem permanente e proteção contra a violência e maus-tratos. Estes fatores estimulam a saúde e a participação da comunidade idosa na prevenção através dos agentes comunitários, entre outros (WHO, 2005).

No âmbito do desafio do envelhecimento no Brasil, vêm se delineando, conforme alguns autores como Kalache, Veras e Ramos (1987); Giffin (2002); Heck e Langdon (2002); Saldanha e Caldas (2004), WHO (2005); Silva (2006), Veras (2007) entre outros mais, os dados estatísticos e os últimos censos, onde se refletem importantes diferenciais por gênero entre idosos, com expressiva predominância das mulheres sobre os homens, apontando para a “feminilização” também da velhice, como mostra o Gráfico2 a seguir.

³ **QUALIDADE DE VIDA** – segundo World Health Organization é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e suas relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994 apud WHO, 2005).

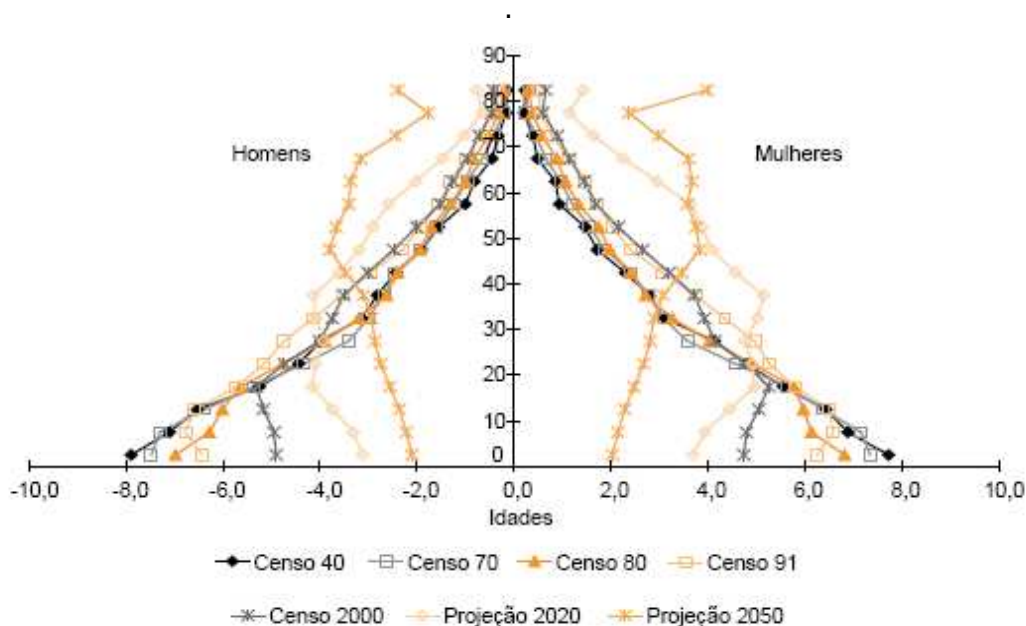


Gráfico 2. Estrutura etária relativa por sexo e idade. Brasil: 1940-2050

Fonte: Plano Nacional de Saúde/PNS 2008/2009-2011(BRASIL, 2010)

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE (2008), a população brasileira está envelhecendo em ritmo muito acelerado, enquanto a população masculina vem diminuindo paulatinamente. Em 1980, para cada grupo de 100 mulheres, havia 98,7 homens. Em 2000, já se observam 97 homens para cada 100 mulheres e, em 2050, espera-se que a razão de sexo da população fique por volta de 94%. Dessa forma, verificam-se elevações no excedente feminino na população total que, em 2000, era de 2,5 milhões de mulheres e, em 2050, poderá atingir quase 7 milhões a mais do que os homens (IBGE, 2008).

De modo geral, a atribuição de cuidar do idoso recai na mulher que já cuida dos filhos, dos afazeres domésticos e muitas vezes também do trabalho fora de casa. Culturalmente e nos países ocidentais, o papel de cuidar da família é da mulher e ao homem cabe manter o sustento e a autoridade moral (ALCÂNTARA, 2004). Por isso, é cada vez mais crescente o número de mulheres assumindo a responsabilidade de cuidar das pessoas mais idosas.

Surge aqui o amplamente evidenciado: homens e mulheres não são tratados da mesma maneira há séculos seja no trabalho, sindicato, igreja, clube ou mesmo em casa, no desempenho das tarefas domésticas. Este assunto é um dos mais polêmicos no combate à desigualdade de gênero da estrutura social, na qual, segundo os estudos antropológicos, a subordinação da mulher ao homem precede

os sistemas sociais de orientação socialista ou capitalista (SILVA, 2006; CANÔAS, 1997).

Diante desta realidade, caberá às nações e comunidades desenvolver metas e objetivos realistas e específicos para cada gênero, adequado a cada cultura, além de implementar as políticas e os programas adaptados a cada circunstância (WHO, 2005).

Como exposto, o mapa da figura 1 mostra as fronteiras e extensões aproximadas da dengue no período de 2000-2008 revelando claramente a dimensão do problema que atinge o Brasil. Já o Gráfico 2 mostra a tendência da velhice no Brasil além de uma estimativa demográfica segundo a qual o país, no ano 2025, terá a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987; WHO, 2005).

Conforme as mesmas fontes o envelhecimento da população brasileira está muito acelerado, desde o início da década de 1960, quando a queda das taxas de fecundação começou a modificar a estrutura etária, passando a estreitar progressivamente a base da pirâmide populacional e acarretando intensas transformações na sua estrutura populacional e no padrão de morbi-mortalidade. Entre as principais causas de óbito e internações estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. No entanto, as doenças infecciosas ainda permanecem como problemas importantes de morbidade.

Quanto à dengue, é conhecida no Brasil desde os tempos da colônia. Veio da África junto com os navios negreiros dentro dos depósitos de água das embarcações. O primeiro caso da doença foi registrado em 1685, em Recife (PE). Até 1953, a dengue era considerada sem letalidade, até haver um surto de dengue do tipo hemorrágico nas Filipinas. Em 1692, provocou 2 mil mortes em Salvador (BA), e reapareceu em novo surto em 1792. Em 1846, o mosquito *Aedes aegypti* tornou-se conhecido quando uma epidemia de dengue atingiu o Rio de Janeiro, São Paulo e Salvador. Entre 1851 e 1853 e em 1916, São Paulo foi atingida por epidemias da doença. Em 1923, Niterói, no Estado do Rio, lutou contra uma epidemia em sua região oceânica (KIVA, 2010).

Tentativas de combate à dengue são antigas. Em 1903, Oswaldo Cruz, diretor geral da saúde pública, implantou um programa de combate ao mosquito que alcançou seu auge em 1909. Em 1957, anunciou a erradicação desta no Brasil,

embora continuassem acontecendo casos até 1982, quando houve a epidemia em Roraima (KIVA, 2010).

Ao longo do tempo, a epidemia foi avançando. Em 1986, foram registradas epidemias nos Estados do Rio de Janeiro, de Alagoas e do Ceará. No Rio de Janeiro (região Sudeste) ocorreram duas grandes epidemias: uma, em 1986-87, com cerca de 90 mil casos; e a outra, em 1990-91, com quase 100 mil casos confirmados. A partir de 1995, a dengue passou a ser registrada em todas as regiões do país. Em 1998 ocorreram 570.148 casos no Brasil; e em 1999 foram registrados 204.210 (KIVA, 2010).

Hoje a dengue é uma das doenças consideradas emergentes e com uma maior incidência no Brasil. Para o *Center for Disease Control* (CDC) doenças emergentes são aquelas doenças infecciosas cuja incidência aumentou nas duas últimas décadas ou tende a aumentar no futuro. No intuito de especificar melhor essa definição, um tanto vaga, são mencionadas diferentes circunstâncias que podem caracterizar a emergência de novos problemas de saúde (BARRADAS, 1999).

Em 2008, a secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) registrou 120.570 casos notificados de dengue, sendo 647 casos confirmados de febre hemorrágica da dengue (FHD) e 48 óbitos por FHD. Apesar dos esforços do Ministério da Saúde para um maior controle da doença, ainda é endêmica em muitas cidades, com surtos epidêmicos. Isto se deve ao fato de as epidemias de dengue serem também associadas às alterações climáticas, em particular, à presença de cidades superlotadas desprovidas de infraestrutura, como abastecimento e utilização da água, saneamento básico e coleta de lixo público. Tudo isso está ligado às condições da casa e aos locais de reprodução. Portanto, é indiscutível a importância de se identificar precocemente os casos de dengue para a tomada de decisões e implementação de medidas oportunas e, assim, resultar num desfecho com mais possibilidade de sucesso no seu controle.

No Estado do Ceará, a população idosa, segundo PNAD 2005 (dado apresentado na Conferência Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa de 2007 pela Secretaria do Trabalho e Desenvolvimento Social), é de 789.229 (9,74% da população total do Estado – 8.106.653) e desde, 1986 essa população sofre com epidemias de dengue (DEN) originadas pelo sorotipo 1 (DEN-1). Esses episódios levaram há vários casos notificados que, no entanto, representaram apenas uma

pequena parcela da quantidade verdadeiramente ocorrida. No período de 1986-1993, foram notificados 53.593 casos de dengue tipo clássico, embora as autoridades de saúde do Estado estimem um milhão de pessoas atingidas no Ceará. Durante esse período Fortaleza enfrentou epidemias nos anos de 1986 a 1990 e 1992 em 1994 surge o sorotipo DEN-2 o qual levou à repetição de epidemia de dengue clássica com dezenas de casos de febre hemorrágica de dengue em Fortaleza.

Segundo nota técnica da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde, a situação epidemiológica⁴ da dengue no Estado do Ceará notificou 6.323 casos em 2008, ou seja, 5% do total de casos notificados no país. Fortaleza registrou a notificação de 2.110 casos (BRASIL, 2010).

Apesar das várias ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde por todo o país para o controle da dengue, Fortaleza ainda permanece endêmica com surtos epidêmicos esporádicos. Observa-se, assim, a necessidade de um trabalho, com vista a promover a participação da comunidade no controle da doença. Nessa perspectiva, ressaltam-se, a falta de conhecimento da dinâmica entre a prática da comunidade, o controle da doença com base na ecologia do vetor, passando pelo amplo contexto político e econômico. Esse conhecimento torna-se indispensável para desenvolver estratégias de controle mais efetivo da dengue.

Entre as iniciativas da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará no combate à Dengue, destaca-se o Projeto "Venci o Tempo, Vencerei a Dengue", apostando na credibilidade dos idosos, nos municípios cearenses. O prefeito municipal de Bela Cruz, Eliésio Rocha Adriano, aderiu ao Projeto, como mais uma estratégia de combater e eliminar a dengue no município, além de promover a autoestima dos idosos belacruzenses (CCDS BELACRUZENSE, 2010; FLOGAO, 2010). Na mesma ótica, em Sobral implementou-se capacitação de monitores e educadores físicos, que acompanharam os diversos grupos e interagiram com os

⁴ **EPIDEMIOLOGIA** – É ciência social, empírica, prática, que estuda distribuição, modos de expressão e determinação de qualquer elemento do processo saúde/doença, em relação à população humana significativa, para fins de prevenção de transtorno, promoção de saúde, planejamento de ações de saúde e produção de conhecimento. Esta ciência realiza duas naturezas de hierarquização: entre valores (as diferentes possibilidades de saúde, eficiência biopsicológica e sobrevivência) e contravalores (as diferentes possibilidades de doença, desabilidade e morte) e entre níveis, tanto de fenômeno, como de determinação (SAMPAIO; VASCONCELOS FILHO, 2009).

idosos ampliando as atividades nos bairros e distritos de Sobral no combate à dengue (SOBRAL, 2010).

Trabalhos como “Venci o Tempo, Vencerei a Dengue” estimulam a autoestima e a inclusão social da pessoa idosa ao respeitá-la como cidadão. Ademais, reforçam a necessidade de desenvolver abordagens integradas considerando programas de educação para as particularidades do público, regional e local. Reforçam, também, a transdisciplinaridade, o empoderamento da comunidade mediante capacitação da pessoa idosa para uma atuação de transmissão de conhecimento sobre a dengue, educação, cuidado em saúde⁵ para a comunidade a partir de experiências locais numa ação de rede de corresponsabilidade e inclusão de políticas de controle da dengue.

1.2 NOVOS OLHARES SOBRE O AUTOCUIDADO NA PERSPECTIVA DA RESPONSABILIZAÇÃO DOS IDOSOS NA PREVENÇÃO DA DENGUE

Antes de entrar diretamente no assunto, é preciso lembrar que o autocuidado e a prevenção à doença fazem parte do processo de envelhecimento como consequência de um resultado bem-sucedido. Esse envelhecimento, principalmente o bem-sucedido, é uma preocupação e desafio da humanidade desde a antiguidade, porquanto, sempre se desejou e ainda se deseja uma longa vida com vigor físico e mental, ou melhor, almeja-se manter o corpo e a mente do jovem somados à experiência e sabedoria adquirida do velho. Esse processo vem recebendo o merecido destaque na sociedade moderna, sobretudo por suscitar muitos medos e fantasias, pelo fato de as pessoas estarem envelhecendo em proporções cada vez maiores sem o amadurecimento e preparo para as consequências e demandas sociais, culturais, econômicas, políticas, éticas e outras que acarretam e influenciam as pessoas individualmente e coletivamente no mundo todo.

Como mostra o dia a dia, o envelhecimento humano tornou-se uma preocupação tanto para os países tidos como desenvolvidos como nos não desenvolvidos. Mas principalmente nos países periféricos ou em desenvolvimento,

⁵ **CUIDADO EM SAÚDE** – Considerado como a vida em suas múltiplas dimensões psíquica, emocional, biológica, social e política conforme Dra. Marluce Maria Araújo Assis (UEFS/BA) no II Seminário de Saúde Mental e a Aplicabilidade para o SUS: reflexão teórica, resultados e pesquisas.

marcados por acentuada pobreza e desigualdade, a busca pela qualidade de vida dos idosos emerge como desafio maior por ser o horizonte valioso para a conquista humana e social. Não se pode abandonar e condenar as pessoas, seja criança, adulto ou idoso, à miséria e julgar que o problema não seja decorrente do agir social, político e ético de uma sociedade.

Contudo, nos países desenvolvidos, o envelhecimento da população não tem acompanhado o rápido ritmo de crescimento socioeconômico. Enquanto a França levou 115 anos para dobrar a proporção de pessoas mais velhas de 7 para 14 %, a China levará somente 27 anos para atingir o mesmo aumento (WHO, 2005). Na maior parte do mundo desenvolvido, o envelhecimento foi um processo gradual acompanhado de crescimento sócioeconômico constante durante muitas décadas e gerações. Já nos países em desenvolvimento, este processo de envelhecimento foi reduzido há duas ou três décadas. Cabe afirmar: os países desenvolvidos tornaram-se ricos antes de envelhecerem e os em desenvolvimento estão envelhecendo antes de enriquecerem com os diversos desafios que isso acarreta na qualidade de vida das pessoas (KALACHE; KELLER, 2000 apud WHO, 2005).

Os seres humanos se distinguem dos demais seres vivos a partir da sua capacidade de refletir sobre si mesmo, seu ambiente, comunicações e por fazerem coisas que beneficiam a si e aos outros, com base em um conceito holístico e integral (DUPAS et al, 1994; SALDANHA; CALDAS, 2004) numa visão e atitudes positivas ou negativas, ambos produzindo uma construção ou destruição da própria vida individual ou coletiva.

No âmbito da saúde a teoria do autocuidado de Orem, utilizada por vários autores para explicar e conceituar o autocuidado. Essa teoria se fundamenta numa visão holística, nas práticas saudáveis, conscientemente buscadas pelo próprio indivíduo apontando à plenitude de vida, à saúde e ao bem-estar num processo de atividades aprendidas e relacionadas diretamente com as crenças, hábitos, as práticas culturais e os costumes (DUPAS et. al, 1994; DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003; OREM, 1971 apud SALDANHA; CALDAS, 2004; BUB et. al. 2006).

Conforme proposto, o respeito à decisão do próprio idoso no alcance das suas metas de saúde facilita e incentiva a redução da dependência na relação profissional-idoso-família. E assim, numa maneira de valorizar a pessoa idosa contribui ao mesmo tempo para iniciativas, levando-a a assumir responsabilidades sobre seus próprios problemas (SALDANHA; CALDAS, 2004). Desse modo,

favorece a prevenção de doenças e promove melhor a sua saúde a partir de ações ligada à elevação da autoestima dessa população.

De modo geral, o autocuidado para a qualidade de vida destina-se a ajudar o idoso a criar consciência do seu poder e sabedoria, principalmente mediante enfrentamento de limitações físicas e perdas decorrentes das opções referentes ao estilo de vida (SALDANHA; CALDAS, 2004) e do próprio processo de envelhecimento. Também pode ser favorável se esse idoso residir ou não em locais com problemas básicos políticos, econômicos, sociais ainda não resolvidos (KALACHE; VERAS; RAMOS, 1987), influenciando nas desigualdades de gênero (GIFFIN, 2002) e na educação ambiental para o controle de doenças como a dengue (CAPRARA; LIMA; CALVASINA, [2011?]) por meio até do acesso ou não à água potável no domicílio do idoso.

Contudo, a potencialidade de se cuidar precisa ser verificada e avaliada constantemente com base na capacidade física e no estado psicológico no tocante à competência do idoso para realizar as atividades necessárias à vida diária, incluindo o amor próprio, a imagem corporal, o mecanismo de defesa e a presença de depressão (SALDANHA; CALDAS, 2004). Sob influência desses autores, poderíamos refletir e afirmar que o ato de cuidar ou autocuidar tem de ir além do próprio ato mecânico da ação, compreendendo e se relacionando com a autoestima, cultura, dignidade, motivação, valor, moral, entre outras questões da complexidade do ser humano. Talvez assim a pessoa idosa assuma um novo olhar quanto à responsabilidade na sua saúde ou até mesmo na prevenção de doenças como a dengue e se empenhe na promoção da saúde.

Para Assis (2005) e Caprara, Lima e Calvasina ([2011?]) a promoção da saúde é uma ideia antiga na saúde pública que, nas últimas duas décadas, tem sido apontada como uma ótima estratégia para enfrentar os problemas de saúde. O conceito de promoção da saúde emerge como paradigma para as políticas públicas no sentido de ampliar o foco da atenção para dimensões positivas da saúde, além de controle de doenças vetoriais.

Entretanto, o conceito contemporâneo de promoção da saúde tem como marco o informe Lalonde, documento de reorientação da política de saúde do Canadá, lançado em 1974. Com base no conceito de campo da saúde (biologia humana, meioambiente, estilo de vida e organização da atenção sanitária), o

documento trouxe à discussão os limites do investimento crescente com assistência médica para melhorar a saúde das pessoas (TERRIS, 1996 apud ASSIS, 2005).

Nos anos 1980, a Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu a promoção da saúde “[...] como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su própria salud, al mismo tiempo, mejorar esa salud”. E WHO (2005, p. 21) define na mesma lógica como um processo que permite às pessoas controlar e melhorar sua saúde.

Portanto, as ações educativas em saúde comprometidas com equidade e justiça social promovem o exercício da participação democrática e abrem as instituições ao debate público sobre saúde e qualidade de vida na ótica de uma visão problematizadora da realidade. Nessa perspectiva, a educação popular contribui para uma visão integradora da promoção da saúde ao trazer ao debate a relação do Estado e das políticas públicas com a prevenção e o controle de doenças na vida cotidiana.

Embora as ações educativas em saúde não interfiram diretamente nos determinantes sociais do envelhecimento ativo ou no combate à dengue, produzindo ambientes e políticas públicas favoráveis à saúde, podem oferecer contribuição significativa ao expressarem vivamente o compromisso social do sistema de cuidados e partilharem com os idosos os desafios nesta direção. Ao enfatizar a participação, ações educativas em saúde e ensinar seu exercício, elas vislumbram um “abrir portas” ao pensamento criativo sobre a vida e ao desejo de atuar na construção de outras realidades, mais propícias à qualidade de vida no envelhecimento e na prevenção e controle da dengue (ANDRADE; BRAASSOLATTI, 1998; ASSIS, 2005; SALES; CAPRARA, 2006).

Ainda sobre a promoção da saúde Rouquayrol e Almeida Filho (2003, p. 678) a conceituam como um processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde. Santos et al. (2006, p. 347) trazem à reflexão conceitos e éticas entre ações preventivas e promoção:

a) ações grupais preventivistas que atuam na prevenção (...) por meio do modelo biomédico; b) ações de promoção que transcendem às metodologias preventivas na medida em que deslocam o foco do doente para a erradicação ou minimização das doenças desnecessárias e/ou evitáveis do contexto humano (SANTOS et al. 2006, p. 347).

Em estudo sobre o idoso que vive na região Norte do Brasil com o objetivo de descrever o delineamento geral do Projeto Idoso da Floresta, Ribeiro et

al. analisaram os principais indicadores de saúde de idosos inseridos na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Sistema Único de Saúde (SUS) em Manaus-AM para subsidiar programas de saúde pública. Segundo concluíram, em geral, os perfis socioeconômico e cultural, da prevalência de morbidades e dependência, tenderam a ser similares aos de outros estudos brasileiros. Entretanto, foram encontradas diferenças importantes entre quatro distritos de saúde do município de Manaus que devem ser analisadas na “construção do perfil epidemiológico do idoso e nas estratégias de atenção associadas a este grupo etário e mais bem analisadas em estudos complementares que estratifiquem a amostra por sexo, idade e perfil socioeconômico e cultural precisam ser conduzidas” (RIBEIRO et al., 2008, p. 324).

Nos Grupos de Promoção à Saúde (GPS) do Sistema Único de Saúde, contempla-se o conceito de atitude que é desenvolvido na composição da promoção da saúde: organização duradoura de crenças e cognições. “[...] carga efetiva que predispõe a uma ação coerente com os afetos e cognições favoráveis ao desenvolvimento da autonomia e melhoria das condições de vida e saúde” (SANTOS et al., 2006, p. 347).

As metodologias dos GPS foram formadas em torno de conceitos interdisciplinares articulados especialmente nas últimas duas décadas. Elas são consideradas importantes recursos técnicos associados ao conceito positivo de saúde. Entre as contribuições para a promoção da saúde, os GPSs podem servir ao urgente empreendimento de atendimento interdisciplinar à crescente demanda de idosos a serem assistidos nos sistemas de saúde do século XXI. A metodologia dos GPS centra-se nas perspectivas de fortalecimento do controle dos sujeitos sobre o ambiente social e ecológico em que se constituem para ir além dos desenhos consagrados do modelo biomédico. “Podem ainda, favorecer a progressão dos níveis de saúde até o limite ‘utópico’ proposto por Lefèvre, de eliminação das diferenças desnecessárias e evitáveis entre grupos humanos” (SANTOS et. al., 2006, p. 351).

Ressaltamos: a promoção da saúde até aqui citada pelos diversos autores traz uma reflexão sobre o agir social, político e ético com novos conceitos que não divergem, mas se completam e reconhecem a educação popular como foco indispensável nesse processo de ampliação à atenção da saúde pública tanto para o idoso como para prevenir e combater à dengue.

Carvalho (2004) somar-se a esses autores ora citados como evidenciamos, com sua análise do modelo teórico-conceitual da promoção à saúde à luz da formulação canadense, traz à discussão o significado e as consequências do uso das categorias “risco” e “*empowerment*” junto à Nova Promoção à Saúde / Nova Saúde Pública.

Ainda conforme Carvalho (2003), o enfoque psicológico do *empowerment* é o de uma pessoa confiante e independente, capaz de comportar-se, influenciar o seu meio e atuar de acordo com princípios de justiça e equilíbrio. Pode também fortalecer a autoestima e a capacidade de adaptação ao meio e desenvolver mecanismos de autoajuda e de solidariedade.

Ao se manifestarem sobre o assunto, Omocko Campos e Campos (2006), não negam a visão de Carvalho, mas abrem possibilidade de trabalhar o desenvolvimento de uma coprodução da autonomia no sistema capitalista quando dizem que o sujeito autônomo é sujeito do conhecimento crítico, de interpretação sobre o mundo. Para eles, a autonomia poderia ser traduzida como um processo de coconstituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto consoante objetivos democraticamente estabelecidos.

Mas a promoção à saúde não é necessariamente um projeto libertário e voltado para a justiça social. Para Carvalho (2003), a análise da utilidade de conceito de *empowerment* reforça, muitas vezes, estratégias voltadas para a regulação e a vigilância sobre os corpos sociais e individuais com profundas implicações políticas, morais e sociais.

Assis (2005) amplia a visão sobre promoção à saúde através de ações educativas capazes de oferecer contribuições significativas ao expressarem vivamente o compromisso social do sistema de cuidados e partilharem com idosos os desafios nesta direção. Ao enfatizar a participação e ensinar seu exercício, elas vislumbram um “abrir portas” ao pensamento criativo sobre a vida e ao desejo de atuar na construção de outras realidades possíveis, mais propícias à qualidade de vida na velhice e também poderia afirmar na prevenção e combate à dengue.

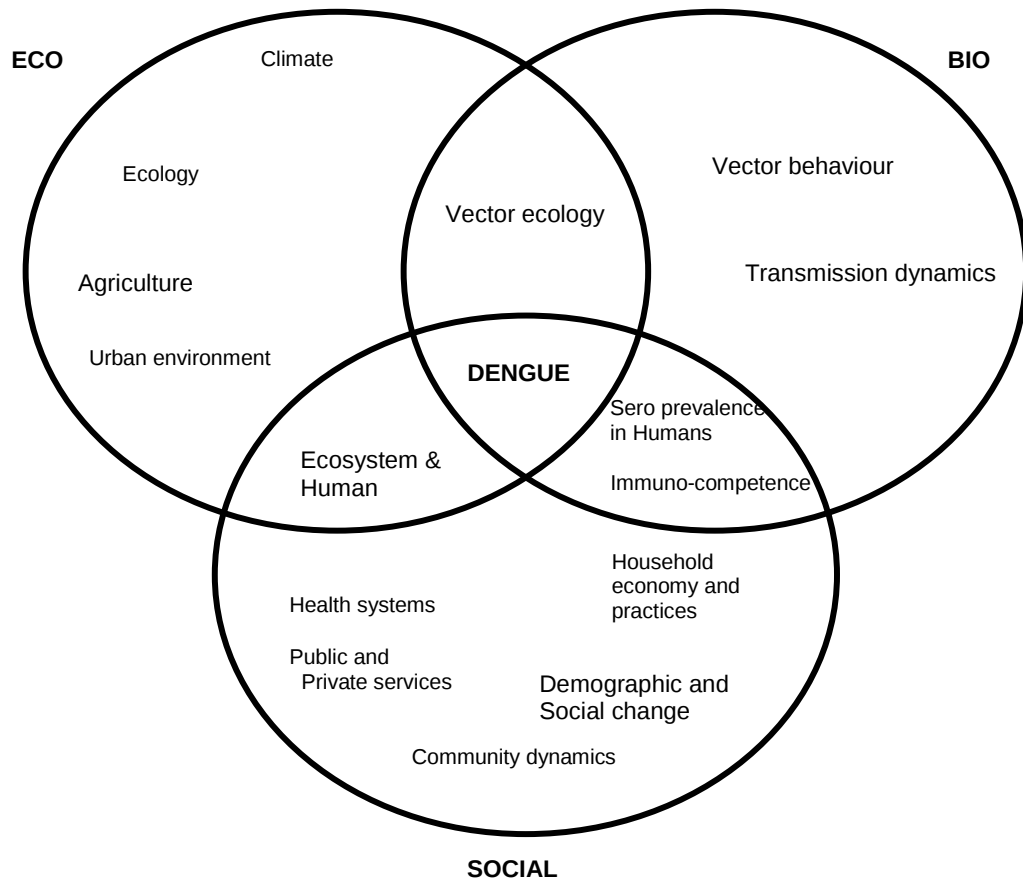


Figure 2: *Generic eco-bio-social framework showing ecological, biological and social factors of dengue* (IDRC, 2011)

Com foco no empoderamento, Caprara e Lima (2009) estão desenvolvendo um estudo multicêntrico financiado pela Organização Mundial da Saúde intitulado “Eco-Bio-Social Research on Dengue and Chagas Sisease in Latin America and the Caribbean” como mostra figura 2. Será um estudo baseado no conhecimento das comunidades sobre suas reais necessidades, empoderadas, mas sem sem responsabilizá-las pelas epidemias. Trata-se de um trabalho conjunto, fundamentado na situação eco-bio-social para provocar mudanças que resultem na melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Referida pesquisa será realizada em seis grandes cidades latino-americanas, Fortaleza (Brasil), Salto (Uruguai), Machala (Equador), Giradort (Colômbia), Acapulco (México), Havana (Cuba), onde se analisarão as características ecológicas, os níveis de densidade do vetor e taxas de incidência da dengue, com ênfase na ecologia do vetor. Além disso, se fará uma avaliação da situação do contexto eco-bio-social das partes interessadas, bem como uma análise

política. De acordo com a análise da primeira fase da pesquisa, se passará a segunda fase, a partir dos processos participativos de todos os atores sociais interessados, uma intervenção adequada de gestão do ecossistema.

1.3 A CONSTRUÇÃO DO OBJETO E OS OBJETIVOS DO ESTUDO

Diante do contexto, nosso interesse volta-se à pessoa idosa e à dengue. Acrescenta-se nossa experiência de dez anos com trabalho social com o idoso no Serviço Social do Comércio (SESC), instituição nacionalmente respeitada nessa área e a formação em Serviço Social pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) com a especialização em Gerontologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Soma-se ainda a experiência de nove anos em desenvolvimento humano também na instituição SESC mais a, especialização em Administração de Recursos Humanos pela UFC e a formação técnica em Edificações também pela UFC, a qual proporcionou uma experiência profissional em projetos arquitetônicos, hidráulico e sanitário de quase vinte anos. Assim, é visível a possibilidade de unir a fundamentação teoria com a prática sobre a pessoa idosa, desenvolvimento humano e o urbanismo no combate à dengue e, a partir disso, elaborar os seguintes questionamentos:

- a) Que concepções o idoso tem sobre a utilização da água em domicílio, a dengue e suas medidas preventivas?
- b) Quais os aspectos socioculturais na utilização da água em domicílio pela pessoa idosa que levam aos focos do mosquito?
- c) Como as memórias do idoso concernentes à utilização da água podem ajudar a compreender os comportamentos culturais das comunidades no combate/prevenção da dengue?
- d) Quais as estratégias utilizadas pelo idoso para prevenir a dengue?

Essas indagações emergem da experiência com idoso as quais se articulam com as ideias de projeto do grupo de pesquisa, já mencionado: “Eco-Bio-Social Research on Dengue and Chagas Disease in Latin America and the Caribbean” (CAPRARA et al., 2009).

A partir desse estudo multi-country elaboraremos um recorte para desenvolver uma pesquisa qualitativa com abordagem dos aspectos socioculturais dos idosos aproveitando suas memórias e história de vida acerca de estratégias mais efetivas no combate à dengue. Discutiremos as percepções dos idosos na prevenção da dengue, as memórias das mudanças urbanas, utilização da água, saneamento, armazenamento e coleta do lixo através dos anos, questões de gênero, sócio-culturais no combate e na compreensão dos fatores determinantes da dengue.

No tocante ao objeto de estudo da dissertação não foi fácil. Primeiro, existem poucos estudos referentes a esta população idosa, estudos epidemiológicos, que são úteis para se determinar questões relacionadas à dengue. Embora o campo de interesse estivesse bem definido, saúde do idoso, o objeto não estava claro.

Segundo Santana (2004) são escassos os estudos no Brasil sobre a forma como os idosos buscam dar significado a essa fase da vida e pouco se conhece ainda da maneira como percebem seus problemas de saúde e como agem diante deles ou quais são os fatores (econômicos, sociais e culturais) passíveis de influenciar percepções e ações nesse campo.

Sabe-se, no entanto, que os objetivos iniciais irão auxiliar parte do projeto “Eco-Bio-Social Research on Dengue and Chagas Disease in Latin America and the Caribbean” (CAPRARA et al., 2009).

Deste modo, esperamos que as descobertas desta pesquisa qualitativa com a participação do idoso a partir do recorte do projeto maior já referido possam servir de referência para novas investigações. E, ainda, auxiliar na criação e na adoção de novas medidas de prevenção à doença, promoção à saúde, é que não se responsabilize somente a população, mas se criem espaços de rede para discussão e empoderamento da comunidade.

Para Brandão (2008), hoje o tema memória(s) aparece com frequência em artigos, entrevistas e livros. Encontramos trabalhos desenvolvidos sobre as memórias dos idosos relacionados ao meioambiente em revistas e na internet. Porém incluídas ao combate à dengue seria algo novo de relevância no sentido constitutivo das identidades e historicidade dos indivíduos e dos grupos, principalmente identificando e desenvolvendo com base nas memórias dos idosos referentes à utilidade da água em domicílios, o combate à dengue passando pela

questão de gênero. Seria ainda um resgate cultural, ambiental, social dos bairros e, para os idosos, uma reconstrução da sua cidadania, estimulando-lhes a autoestima e autonomia através do valor social das suas histórias e experiência.

Consoante Lopes (2001, p. 107) frequentemente, muitos estudiosos alertam e “falam da importância dos aspectos subjetivos e de ter um significado na vida”, ou seja, o valor de ressignificar a velhice. Então, ao ouvir o idoso e dá-lhe voz como sujeito da sua própria história, atribuindo significado e sentido, podemos contribuir para uma sociedade, onde este sujeito está inserido, mais feliz e saudável. Por isso, creditamos ainda que esta pesquisa contribua para a assistência à saúde, à vigilância sanitária do território, aos profissionais de saúde e comunidade em geral a partir das histórias e experiências dos idosos.

Objetivo geral

Compreender as percepções de gênero em idosos no tocante à utilização da água no domicílio e suas repercussões na prevenção da dengue;

Objetivos específicos

- Descrever as memórias dos idosos sobre a utilização da água e as estratégias de combate à dengue no bairro;
- Identificar os aspectos socioculturais da utilização da água em domicílio do ponto de vista de mulheres e homens idosos;
- Desenvolver a partir dos resultados uma proposta de intervenção no combate à dengue adaptada e centrada na comunidade.

2 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ECOLOGIA / UTILIZAÇÃO DA ÁGUA, AÇÃO HUMANA E A HISTÓRIA DOS BAIRROS NA COMPREENSÃO DO SURGIMENTO DE DOENÇAS COMO A DENGUE

A Terra sente, grita e chora diante da exploração dos homens, proveniente, sobretudo, de determinadas pessoas ou de países ricos e poderosos. Estes, ao gerir riquezas naturais ou não, desprezam a necessidade da própria vida humana e consequentemente também do planeta negando que tudo está interligado como o sangue que une uma família (BOFF, 1999; BRITO, 2000; CHRISTOFIDIS, 2006). Mas “a Terra não pertence ao homem. É o homem que pertence a Terra” (BOFF, 1999, p. 339). Tudo que fizer a Terra, a si mesmo voltará (BOFF, 1999) em forma de desastres ecológicos ou epidemias de doenças ou aumento da pobreza, entre outros.

Vista por cima, a Terra é praticamente só água; cerca de dois terços da sua superfície são cobertos pelos oceanos. Por este motivo, seria mais apropriado denominá-lo planeta Água em vez de Terra. De toda a água disponível na Terra, 97,5% é salgada e está em oceanos e mares, enquanto 2,493% é doce em geleiras ou regiões subterrâneas de difícil acesso; 0,007% é doce e se encontra em rios, lagos e na atmosfera, sendo de fácil acesso para o consumo humano, assim distribuído em recursos hídricos no mundo: 70% na agricultura, 25% na indústria e 8% nas residências (ÁGUA, 2010). Estas riquezas naturais precisam ser mais bem administradas, respeitadas e cuidadas para beneficiar a vida de todos, inclusive o próprio planeta Terra, onde se encontram fonte de água, alimento e domicílio da humanidade.

Nesse sentido, e somado a essa visão ecológica, há um ponto de preocupação mundial sobre a qual a comunidade científica internacional já tem um consenso: conforme relatório do Painel Intergovernamental de Mudanças Climáticas (IPCC, na sigla em inglês) publicado no fim de 2008, o aquecimento global é uma realidade com um aumento de temperatura superior a 2°C. Como asseguram os cientistas do IPCC terá um impacto catastrófico na Terra e o homem detém parcela de responsabilidade (ARAIA, 2009). Com isso tal impacto compromete tanto a saúde

do planeta quanto a próprias pessoas e diante dessa ação, a natureza responderá de diversas formas às atuações humanas.

Desde o fim dos anos 1980, a humanidade está preocupada e debate o assunto no intuito de diminuir os efeitos das mudanças climáticas, que colocam em risco cidades, países e até o Planeta. Muitas vezes, porém, os efeitos climáticos estão ligados também à produção de riqueza do capital e/ou fatores econômicos. Nesse caso, acaba faltando vontade e/ou determinação política para combater a lógica capitalista quando as conseqüências prejudicam a vida do planeta. Nesse âmbito, existem ações para desenvolver uma consciência ética para a proteção da vida. Entre estas, a criação pela Organização das Nações Unidas (ONU) em 1983 de “uma comissão para o Meio Ambiente e Desenvolvimento e (...) em 1992 a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento – Eco 92” (PELIZZOLI, 2004, p. 126).

Como é notório, a maioria dessas catástrofes só acontece em virtude da inconstância dos homens. As enchentes anunciadas no mundo, por exemplo, só são sinônimo de catástrofe porque o homem não respeita os limites naturais dos rios, ou melhor, o fenômeno natural dos regimes dos rios, ou remove as várzeas, ou se instala junto às margens. Outras vezes, modifica o ambiente de modo a transformar a magnitude e o regime das enchentes, quando desmata, retira a vegetação e impermeabiliza o solo (ÁGUA, 2010). Como exemplos, os jornais, televisão, enfim, os meios de comunicação anunciam o caso do Paquistão, considerada a pior enchente em oitenta anos na qual morreram 1.200 pessoas (FOLHA UOL, 2010). As enchentes atingiram 4,2 milhões paquistaneses e mais de 500 mil foram retirados das proximidades do rio Indo. Conforme a ONU, neste país, a fome ameaça 1,8 milhões de pessoas, afetam centenas de vilarejos na província do Punjab, e destruiu milhares de casas, domicílios, desabrigando milhares de pessoas (JORNAL NACIONAL, 2010).

Autoridades paquistanesas alertam para a propagação de cólera e gastroenterites por causa da falta de água potável (FOLHA UOL, 2010). A falta de água tem se tornado um elemento de disputa entre nações. Segundo relatório do Banco Mundial, datado de 1995, as guerras do próximo século serão por causa de água, não por causa do petróleo ou política (ÁGUA, 2010). Falta água potável e o acúmulo de água suja provocado pela enchente, somado à indevida destinação do lixo decorrente do despreparo educacional da população ou por questões políticas e

sociais, poderá resultar em mais miséria e problemas de saúde pública, com o surgimento não só da cólera e gastroenterites, mas doenças vetoriais como a dengue.

No Brasil, consoante pesquisadores advertem, o desrepeito às riquezas naturais, atrelado ao rápido desenvolvimento econômico do país, sobretudo das últimas décadas, resultou em mudanças ambientais. Um exemplo disso foram as áreas alteradas por causa das práticas agrícolas, como arroz em grande escala, borracha e cultivo da palma de óleo, levando a um impacto das alterações ambientais, afetando o habitat de reprodução de mosquitos (KWA, 2006). Na Amazônia, os mangues começam a perder espaço para a crescente e desordenada expansão urbana costeira, para o aumento do turismo e para a construção de estradas (MENEZES; MEHLIG, 2009) contribuindo, assim, para o aquecimento do planeta. Como afirmam estes autores:

[...] É preciso, antes de tudo, que governo e sociedade despertem para a realidade de que nossos recursos naturais são finitos e de que o uso e aproveitamento de áreas costeiras devem ser planejados, respeitando os limites humanos e ambientais (MENEZES; MEHLIG, 2009, p. 39).

Outro exemplo prático dessa ação do homem e reação da natureza é a variabilidade climática decorrente do aquecimento global, o qual desencadeia também fatores susceptíveis de favorecimento a epidemias como a dengue e/ou doenças decorrentes de vetores. Um estudopiloto do Projeto Claris no Ceará, um modelo para estimar o risco de transmissão de dengue, foi construído para servir como ferramenta para estimar o risco de transmissão da epidemia e, eventualmente, sob o risco de previsão climática e de acordo com o cenário de mudança (DEGALLIER et al., 2009).

Em virtude desses conflitos éticos e do desafio de criar alternativas de sobrevivência econômica sem prejudicar a própria sobrevivência do planeta, o homem viu-se diante de uma crise também de valores, de ética. Em seu estudo, Pelizzoli (2004) traz ponderações ético-filosóficas para o século XXI. Entre estas, a urgência da problemática socioambiental, a reflexão e a busca de alternativas de sentido ao esboçado na sociedade, como vetores para proposições efetivas, dentro do denominado desenvolvimento sustentável (DS).

Consoante refere Pelizzoli (2004), a luta para se desenvolver essa consciência ético-ambiental só começou efetivamente com a II Guerra Mundial, ante

a ameaça de hecatombe nuclear global; logo após, veio o esgotamento ambiental urbano sob influência dos efeitos trágicos dos agrotóxicos e com a extinção de espécies (biodiversidade). Surge a era da crise e, com ela, crise cultural e de valores dos anos 1960-1970, crise do modernismo e seus megassistemáticos e funcionais-tecnológicos projetos; em conjunto com a crise da civilização industrial, de base energética não renovável e poluente, com a “civilização do lixo” (do doméstico ao autônomo). E, ainda: crises do “capitalismo” (põem o modelo econômico em xeque), crise das relações humanas dentro do trabalho e no mercado, da família patriarcal, das culturas locais diante da globalização, crise de identidade, crise da velocidade e fragmentação das redes de linguagem e discursos.

[...] o Capitalismo tem uma base ideológica que se conjugará num duplo processo de exploração: o homem explorando o homem e o homem explorando a natureza. O tema de uma ética ambiental, de uma ‘virada ética e ecológica’, é a questão que se encontra cada vez mais na base de toda discussão ambiental e da produção de conhecimento e pesquisa sérios. Diz de uma guinada teórica que advoga um caráter integrador e mais biocêntrico, que põe os valores da manutenção da vida e a integridade humana planetária na base da questão (PELIZZOLI, 2004, p. 132- 139).

Contudo, um grande desafio da humanidade é talvez, não conseguir enxergar a própria significância e responsabilidade diante desse contexto, ou melhor, como parte de um sistema maior que é o planeta Terra. Somado tudo isso ao poder econômico com essa lógica capitalista, resulta nesses equívocos do domínio do capital sobre valores éticos e as ações humanas. É o coletivo subjugado ao individualismo do capital e daí não se conseguir perceber sua ligação às epidemias de dengue e/ou ressurgimento de doenças já bem conhecidas e extintas porque levaria a um questionamento ético do capital.

Nesse sentido, como podemos observar, a ingenuidade humana poderá deixar na Terra marcas não muito boas da sua existência. De acordo com Lévi-Strauss (2009) etnólogo e antropólogo estruturalista⁶, considera que o mundo começou sem o homem e vai terminar sem ele. Portanto, devemos ter todo o respeito a esse planeta Terra. Em seu artigo, Lévi-Strauss deixa ainda sua própria experiência de vida, a reflexão de qual registro dos passos da espécie humana irá

⁶**ESTRUTURALISMO** – É uma corrente ligada à antropologia que surgiu na década de 1940. Segundo Lévi-Strauss, principal teórico dessa corrente, estruturalismo é a procura por harmonias inovadoras (LÉVI-STRAUSS, 2009).

ficar aqui na Terra. Nessa ótica, suas pesquisas com tribos de pigmeus extremamente primitivos chamados de negritos, baseadas em premissas, deram à ciência contemporânea a teoria de como a mente humana funciona. “Ele não via o ser humano como habitante privilegiado do universo, mas como uma espécie passageira que deixará apenas alguns traços de sua existência quando estiver extinta” (LÉVI-STRAUSS, 2009, p. 59).

Outro fato interessante da passagem do homem aqui na Terra é o exposto por Silva Neto e Atella (2009) falando da sua pesquisa com a doença de Chagas. Como relatam, o sangue em geral é rico em proteínas e gorduras, uma excelente fonte de nutrientes, por isso atrai vários organismos. A hematofagia (hábito de se alimentar de sangue) existe em diferentes animais, como piolho, pulgas, mosquitos, carrapatos, sanguessugas, morcegos e outros. Inclusive ao longo da evolução da vida na Terra segundo estudos sobre as relações de parentesco de todos os seres vivos, a hematofagia teria surgido cerca de vinte vezes de formas diferentes; hoje são conhecidas aproximadamente 17 mil espécies de organismos chupadores de sangue. Muitos deles convivem em meio ambiente urbano com a nossa espécie, e nos incluem entre suas fontes de alimento.

[...] os primeiros insetos hematófagos, segundo os registros fósseis, tem 65 milhões e 135 milhões de anos, e a espécie humana (sem levar em conta seus ancestrais imediatos, os homínídeos) surgiu apenas há cerca de 2 milhões de anos. Assim, somos um ‘prato’ recente no cardápio dos hematófagos e certamente eles já tinham, antes que entrássemos em sua dieta, uma série de mecanismos bioquímicos bem-sucedidos que facilitam a obtenção de sangue (SILVA NETO; ATELLA, 2009, p. 36).

O exemplo dos hematófagos e o convívio das espécies no meio urbano reforçam a importância de desenvolver essa consciência ético-ambiental porque nos situa melhor diante dos resultados referentes à saúde tanto humana quanto do planeta Terra. Faz-nos compreender por que atualmente, conforme Silva Neto e Atella (2009), 10% da população mundial estão infectados por algum tipo de doença transmitida por animais hematófagos, como mosquitos, carrapatos e barbeiros. Entre mencionadas doenças, incluem-se chagas, malária, leishmaniose, febre amarela, encefalites, febres hemorrágicas e muitas outras, inclusive a dengue.

Nesse contexto, é oportuno refletir sobre a função dos idosos com suas experiências ou histórias de vida na compreensão da mudança climática e o seu

impacto na natureza. Esta reflexão poderia levar tanto a um resgate de cidadania e autoestima do idoso quanto a uma contribuição social para o controle de doenças.

Trabalhar com apoio nas memórias dos idosos pode ser muito útil, pois as memórias contadas pela pessoa idosa podem ajudar na compreensão do uso da água em domicílios quanto ao surgimento e evolução da dengue nos bairros, no levantamento histórico de bairros que influenciaram na mudança do cotidiano e saúde urbana. É também uma oportunidade para abordarmos e fundamentarmos a questão ético-filosófica sobre a ecologia e discutirmos as atitudes de indivíduos e comunidades historicamente implementadas. Tais atitudes modificam o planeta Terra a partir de ações individuais e coletivas cotidianas em suas casas e bairros onde moram, e podem contribuir para a redução do aquecimento global e o ressurgimento de doenças já conhecidas e extintas, principalmente as de caráter vetorial, as quais desencadeiam epidemias como a de dengue conforme alertado pelos autores (PELIZZOLI, 2004; BRANDÃO, 2008).

A História e a Natureza nunca foram estáticas. [...], somente uma visão que contemple aspectos históricos, espirituais, éticos, filosóficos e, portanto, fundamentadores, integrativos e plurais – radicais no sentido mais próprio do termo -, podem encaminhar uma conscientização eficaz, que não caia num círculo vicioso e não traia suas próprias boas intenções pelo instrumental e compreensão contaminados, viciados a priori por precariedades de base filosófica e empírica. [...] Se assim for é melhor questionarmos nossa vocação, não só como educadores, mas como alguém digno e como tal portador de direitos; ou ao menos tentar perceber o ambiente que ajudamos a construir – às vezes até um ambiente sem educação e uma educação sem ambiente (PELIZZOLI, 2004, p. 17, 152).

A experiência nos mostra que, a partir da memória autobiográfica nas histórias narrativas, e muitas vezes escritas, podemos, usando a linguagem, refletir, compreender, reorganizar e ressignificar essas trajetórias e projetos de vida-trabalho, nossas e de outros, articulando as memórias individuais e coletivas, dando-lhes um sentido-significado (BRANDÃO, 2008, p. 15).

A educação é outra forma e/ou solução para o controle de doenças em geral mediante desenvolvimento de uma consciência ético-ambiental. Consoante proposta por Pelizzoli (2004). Isso passa obrigatoriamente por questões políticas (SANTANA, 2004), e de investimento educacional.

Segundo Andrade e Brassolatti (1998) ao discutirem a educação da sociedade como desafio e controle da dengue, a solução está na ciência em parceria com a educação.

Nesse âmbito, o resgate histórico dos bairros produzido por idosos somado à vontade política de um trabalho educacional sugerido por Andrade e Brassolatti (1998) serão ótimas armas no combate efetivo e controle de doenças humanas e planetárias.

Ainda conforme Santana (2004), a nomeação dos bairros e logradouros de uma cidade quase sempre segue uma lógica política dos detentores do poder governamental em detrimento das advindas de tradições, ou com base em funções ou edificações que os caracterizam. Nesse sentido, a identidade dos bairros passa por questões políticas muitas vezes em desrepeito às tradições ou necessidades estruturais dos bairros. Tudo isso contribui para os efeitos ou respostas da natureza causadas pelas ações humanas sobre o meio ambiente.

Nessa discussão é oportuno trazer o conceito de ambiente, estabelecido, segundo Minayo (1998), para corroborar na compreensão da responsabilidade da ação humana no meio ambiente. Conforme a autora, o ambiente é construído a partir dessa ação historicamente construída pelo homem. Portanto, tal ação pode ser pensada, repensada, criada e recriada tendo em vista a responsabilidade presente e futura com a existência, as condições e a qualidade de vida dos indivíduos e da sociedade e de toda a biosfera. Nesse aspecto, mencionamos alguns trabalhos já realizados:

Piccolo (2009) a partir da etnografia desenvolvida num Centro Comunitário do Morro dos Macacos, localizado no Bairro de Vila Isabel, na cidade do Rio de Janeiro, revela expressões simbólicas dos indivíduos e grupos. Ao darem visibilidade às redes de relações, contribuíram para a criação de histórias e memórias e construíram identidades e representações sociais, as quais, por sua vez, orientam as práticas dos moradores dessas localidades.

Com um estudo sobre memória coletiva em geral e memória de bairro, em particular, Costa e Maciel evidenciam uma complexa soma de saberes e olhares. Ao trabalharem com gerações de idosos e crianças, promoveram a valorização dos lugares de ambas as gerações na comunidade e, ao mesmo tempo, favoreceram a continuidade destas mesmas memórias.

No mencionado estudo, Costa e Maciel (2009) lembram a importância da memória coletiva construída com base na própria comunidade para que os moradores se percebam parte integrante dessa comunidade e da sua história. Um povo sem memória é um povo condenado a permanecer estagnado e sem aprendizagem, cometendo os mesmos erros, conseqüentemente, sem avanços e sem história. Desse modo, perdem até a própria identidade.

Fundamentados também em estudo, França, Abreu e Siqueira (2004) se pronunciam sobre a mais importante arbovirose no mundo, abordando cerca de 50 milhões de pessoas em potencial de caráter endemoepidêmico em todos os continentes do globo. Apontam, ainda, a necessidade de se considerar, no campo de atuação dos serviços de vigilância, estratégias de divulgação nos meios de comunicação para o seu controle mais participativo.

Já o estudo de Lenzi et al. (2000), sobre a dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro, concluiu ser necessária a elaboração de mensagens que não só informem práticas preventivas ideais, mas também ofereçam soluções possíveis. Com esta finalidade, sugerem divulgação permanente de mensagens através da mídia; planejamento de atividades de educação em saúde para o estreitamento da relação entre profissionais de saúde e população, contribuindo, assim, para uma alternativa sustentável do controle da dengue.

Outro o estudo é o de Omotto, Santini e Esteves (2007) no qual pesquisaram a manifestação da dengue no tocante às condições ecológicas, socioambientais, e a facilitação da dispersão do vetor, bem como a introdução sequencial de diferentes sorotipos do vírus do dengue e suas mutações, o que acaba concorrendo também para pressionar a incidência da doença. Conforme concluíram, sem protagonismo da comunidade e ações focadas dos gestores é impossível combater o mosquito.

Enfim, trazemos à discussão o estudo de Caprara et al. (2006), cujo o relatório final destaca os fatores eco-bio-sociais que afetam a dinâmica de transmissão da dengue em Fortaleza, Nordeste do Brasil, com foco na urbanização, dinâmicas comunitárias e responsabilidade política. Nesse estudo, um dos principais

aspectos a nos chamar a atenção quando aos resultados foi a ligação da dengue com as questões de gênero.

Em referência a este tema, ressaltamos as contribuições de Winch et al. (1994), Brito (2000); Giffin (2002) e Label (2003) fundamentando as relações de gênero e a divisão de tarefas na percepção de doença endêmicas como a dengue. Estes autores abordam também o resgate do sentimento de coletividade mediante desmistificação da culpa individual referente à dengue e mostram a importância de redes de cuidado como estratégias a serem promovidas nas comunidades, entre outros.

A partir do exposto, podemos afirmar ser necessário promover ações educativas e socioculturais das comunidades e dos profissionais de saúde nos bairros envolvidos e sua relação com o meio ambiente. E, ainda: assistência à saúde e uma vigilância sanitária, uma rede mobilizadora pessoal, familiar e de amizade, estratégia da família, ajuda ou algum tipo de informação ou orientação relacionada à saúde na busca do bem-estar da população em equilíbrio com o “ecologismo/ambientalismo”, sem atribuir responsabilidades individualmente, mas numa construção coletiva.

Nesse sentido, podemos articular o surgimento de doenças emergentes tipo dengue como resposta da natureza à ação humana. Nesse âmbito, devem-se medir todos os recursos, da utilização da água nos domicílios, histórias e resgate de identidade dos bairros, construídos através da memória do idoso, em conjunto com o trabalho coletivo, passando pela mídia, ao divulgar uma educação permanente para desenvolver uma consciência ético-ambiental. Assim, se contribuirá para promover a saúde do planeta, onde o homem está inserido coletivamente com as demais espécies.

2.2 A MEMÓRIA⁷ DO IDOSO COMO ESTRATÉGIA DE RESGATE DA IDENTIDADE DOS BAIRROS E DA CIDADANIA DESSE SUJEITO NO COMBATE À DENGUE

⁷ **MEMÓRIA** – O conceito, segundo Magalhães (2000), é o registro das experiências que vivemos em nossa vida. As experiências incluem sentimentos, emoções, pensamentos, modos de ser, de saber, de fazer, relações de parentesco, amizade, companheirismo, trabalho, vizinhança etc. A memória está presente no patrimônio arquitetônico, urbanístico, artístico e cultural de qualquer país, região, vida local e vida íntima. Está viva nos portadores de memória, os idosos, na forma de contos, crenças, mitos, religiões, tabus, totens de origem e

Livros, artigos científicos e/ou matérias de revistas e jornais falam sobre a memória em diversos sentidos. Porém nosso enfoque aqui será mais direcionado para a importância do valor da rememoração como instrumento de resgate da identidade de um povo, de uma sociedade e nação através das histórias de vida do idoso. Ademais, queremos ainda fazer uma ponte entre a cidadania da pessoa idosa e a contribuição desse estudo para a compreensão do ressurgimento de doenças como a dengue abrangendo o prejuízo por esta causado à natureza.

A memória pode ser vista através de alguns aspectos: primeiro, mais fortemente individual ou social, carregada por sentimentos de alegria, frustração, forças inconscientes; pode ser também cósmica, telúrica, épica, lírica, religiosa, espiritual, subalterna, dominante, dominada, histórica ou étnica, introvertida e extrovertida, intimista ou expansiva (MAGALHÃES, 2000). A memória pode ter um cenário de repasse cultural através das gerações, a essência dos conteúdos de pensar, fazer, sentir, agir, estruturas inconscientes da vida econômica, social, cultural e política.

Com base em Magalhães (2000), a memória do idoso pode ajudar na compreensão das mudanças culturais, urbanas e ecológicas, como também nas atitudes e práticas de gerações as quais poderiam explicar determinantes sociais na direção do surgimento do foco ou criadouro do mosquito da dengue.

O desenvolvimento biológico no ser humano pode ser concebido por meio de uma sucessão de etapas: infância, adolescência, a do adulto jovem, meia-idade e velhice, fases decorrentes de singularidades orgânicas, mas também produzidas pela cultura. Para além das consignações naturais, as culturas humanas pré-históricas e históricas produziram e continuam produzindo significações para cada uma das etapas da existência do homem (FERRIGNO, 2006). Poderíamos então dizer que a pessoa idosa reúne em suas memórias todas essas etapas dentro de um contexto emocional, histórico, social e político. E, assim, poderia contribuir com essas memórias no sentido da promoção da subjetividade, autonomia e cidadania do idoso na prevenção da dengue até na promoção da saúde pública. Como exposto:

descendência, e outros. Se os portadores de memória viva, os velhos, não são preservados em sua longevidade com cuidados carinhosos, perdemos a possibilidade de repasse entre gerações.

[...] a preservação da autonomia é fundamental para que o ser idoso possa exercer a sua dimensão pessoal, conseguindo desta maneira ser livre, ser feliz, ser verdadeiro, e será através do exercício da cidadania que se garantirá a consolidação de um novo lugar e significado político e social para o idoso (BRUNO, 2001, p. 43).

Nesta citação, Bruno (2001) corrobora o pensamento de Ferrigno (2006) e juntos fornecem uma reflexão que mostra caminhos passíveis de contribuir no controle mais eficaz de doenças decorrentes de vetores. Nesse sentido, poderá ocorrer ao se reconhecer a importância do desenvolvimento da autonomia na produção do sentimento de pertença e significado da pessoa idosa à sociedade e ao bairro. Esse resgate da cidadania do idoso, por meio dessa ação, provavelmente colaborará para um maior compromisso social, cultural e político na direção da promoção da saúde das pessoas, dos bairros e da natureza.

Nessa perspectiva, a partir de memórias e aprendizagem de convívios sociais estabelecem regras de conduta que passam a ser institucionalizadas para as diferentes fases da vida e são expressas mediante desempenho de papéis sociais (FERRIGNO, 2006). Todos possuem seu valor e posição social construindo história e oportunidades de promover a sociedade e a saúde coletiva das gerações. Assim, com base nessa aprendizagem de gerações, é possível detectar questões de gêneros na compreensão dos determinantes da dengue. Segundo Silva (2006) os estudos antropológicos demonstram que a subordinação da mulher ao homem precede o capitalismo e a sociedade de classes.

Ao longo do tempo, as gerações são produzidas pela cultura, e a identidade etária, que é o mesmo sob um ângulo um pouco diverso, também é um produto cultural (FERRIGNO, 2006), porque, antes de tudo, o indivíduo é socialmente construído pelo meio onde está inserido. Nesse sentido é que se observa historicamente o papel do homem e da mulher. Embora, os papéis sociais de ambos estejam mudando, permanecem as cobranças em relação a mulher referentes ao cuidar da casa, dos filhos, do homem, da utilização da água no domicílio para cozinhar, lavar louças e roupas, do armazenamento doméstico da água, entre outras. O homem continua como provedor da família, e cabe-lhes as tarefas de limpeza da caixa d'água, do telhado e de calhas. Portanto, o desempenho de papéis sociais de gênero numa perspectiva eco-bio-social provoca uma melhor

compreensão comportamental, biológica e social que influencia direta ou indiretamente a transmissão de dengue na comunidade.

Quando através da memória se observa a identidade social de um povo produzindo sujeitos conscientes das suas responsabilidades com suas ações no meio ambiente, gerando um sentimento de pertença a esse local, paralelamente a isso produzem-se sujeitos educados e interessados em proteger sua morada, seu bairro, cidade, País. Trata-se da identidade social.

Em seu livro, Simson, Neri e Cachioni (2006) discutem o tema “Identidades sociais em produção e envelhecimento” abordando a questão da identidade social como um processo de interação entre o sujeito e o social, além da cultura, ideologias, políticas, aspectos psicológico, entre outras. Dessa forma, complementam o pensamento de Ferrigno (2006; 2002) no inerente ao valor das memórias dos idosos para detectar as diferenças dos determinantes sociais, biológicas e psicológicas, e a partir do respeito a essas diferenças contribuir para a compreensão de conflitos e através de diálogos das diferenças chegar a uma resolução individual e coletiva, superando preconceitos sociais sobre a velhice.

Brandão (1999), em artigo extraído da sua dissertação de mestrado, ressalta o valor da rememoração como instrumento de reflexão sobre a trajetória vivida no tempo e espaço da cultura. O autor reassegura ao indivíduo a noção de identidade e pertença a um grupo de origem/destino numa sociedade em mudança e conclui ser a identidade social construída com as pessoas interagindo, ou seja, umas com as outras, marcando sua presença. Outros trabalhos abordam ainda a memória utilizando a pessoa idosa ligada de alguma forma à identidade e espaço. Olmos (2004), por exemplo, apresenta o trabalho de estágio de Psicologia Clínica de uma universidade particular com vistas a contribuir para a promoção da saúde por meio da rememoração e do intercâmbio de experiências, num espaço de escuta e acolhimento. Já Bianchi (2009) constrói um trabalho que valoriza a memória radiofônica – a trajetória da escuta passada e presente de ouvintes idosos. E Costa (2009), fala de uma ação cultural sobre memórias compartilhadas por pessoas idosas.

Diante de tantos autores se apropriando da memória em seus estudos, podemos destacar o valor da rememoração como instrumento de reflexão sobre caminho vivido no tempo e espaço da cultura, noção de identidade e pertinência a um grupo de origem ou local, sociedade e sua importância para a promoção da saúde social. Portanto, sinaliza para a necessidade de levar a informação à comunidade, promovendo seu empoderamento e coletivamente enfrentando os desafios como a dengue.

2.3 O AUTOCUIDADO, AS PRÁTICAS DE SAÚDE NA PREVENÇÃO DA DENGUE E A UTILIZAÇÃO DA ÁGUA

Normalmente, o ser humano almeja manter a longevidade com o vigor da juventude e nega a velhice por temer assumi-la, em especial porque o velho na sociedade capitalista geralmente está relegado “a um segundo plano; [...] distante do ato de solidariedade que se deveria existir. Contudo [...] no ciclo da vida” (BENEVIDES, 2009) humana, a velhice faz parte desse processo, conseqüentemente se não formos surpreendidos com a finitude antecipada, logicamente iremos vivenciar essa fase da vida que é a velhice.

Nesse sentido, Benevides (2009) tece a seguinte reflexão: todos nós deveriam trabalhar e contribuir até mesmo em causa própria para uma sociedade mais bem equipada desde a questão dos valores éticos às necessidades básicas de acolhimento e cuidado. E ainda, desperta a pessoa idosa, e cada familiar, para a questão da responsabilidade e também da atitude do autocuidado numa visão mais ampla e conectada entre si, induzindo a um resultado coletivo fundamentados em práticas de saúde preventivas. Aplicando-se essa lógica seria dizer, por exemplo, prevenir a dengue desde um simples cuidado básico pessoal como a utilização adequada da água no domicílio.

De modo geral, na velhice é comum a existência de uma carga dupla de doenças crônicas, como cardiopatias, câncer e depressão, as quais estão se tornando cada vez mais as principais causas de morte e invalidez nas pessoas idosas. Inclui-se, ainda, o aumento do risco de deficiência como a física ou mental, dificultando a execução de atividades cotidianas (WHO, 2005) como comer, tomar

banho ou escovar os dentes sozinho. Tal dependência interfere diretamente na autoestima e qualidade de vida do idoso e seus familiares.

Nesse contexto, um aspecto a ser lembrado é a importância da construção da rede formada por recursos humanos preparados para lidar com a família do idoso, em particular do idoso dependente sobretudo aquele que vive o processo de dependência maior, como nos casos de demência (CALDAS, 2004; WHO, 2005).

À medida que a pessoa vai envelhecendo, suas percepções e sentimentos em relação ao corpo, autoimagem e autoestima vão mudando, principalmente no tocante à capacidade de agir e inerente às percepções e sentimentos da sua família e de outras pessoas significativas para ele. Daí a importância de estimular o idoso a se conscientizar sobre o próprio valor de se cuidar, a considerar seu poder e sabedoria. Desse modo, pode-se enfatizar suas forças e incentivá-lo ao enfrentamento de certas limitações físicas e perdas, reconhecendo a necessidade de período de repouso, mas sempre estimulando a confiança na sabedoria, na maturidade (SALDANHA; CALDAS, 2004) e no autocuidado.

De acordo com a situação de saúde, o idoso requer um cuidador. O ato de cuidar vai além do tratar bem de um ser. É sentir-se responsável por ele, é saber se colocar no lugar do outro e respeitar o momento da dependência momentânea ou definitiva e vê-lo como um todo, possuidor de sentimentos, história de vida, cultura, ou seja, cidadão de direito e como tal de respeito. Toda pessoa merece esse cuidado diferenciado, porém no idoso, por experimentar muitas perdas, sejam psicossociais ou mesmo físicas, esse cuidado passa a ter um significado mais forte e faz a diferença no resultado da recuperação da sua saúde.

Benevides (2009) nos fala, do valor da humanização do cuidado para compreender a especificidade das coisas, pessoas ou dos fenômenos, sem perder a dimensão do todo. Conforme lembra, como seres humanos e únicos no mundo, não podemos esquecer a visão coletiva e de processo no cuidar dos seres humanos.

É preciso cuidar de forma humanizada, não apenas das pessoas que já chegaram à terceira idade ou das que estão doentes, e sim cuidar de todos os seres humanos, independente de raça, credo, cor, orientação sexual

entre outros, com o intuito de entender e compreender o que cada ser traz consigo no seu íntimo, pois o mesmo é único no mundo (BENEVIDES, 2009, p. 59).

Na argumentação de Benevides está implícita a subjetividade. Para Foucault o fio condutor da articulação entre subjetividade e verdade é o autocuidado. Consoante assegura, quem pensa ser o sujeito constituído nas escolas filosóficas somente pelo conhecimento de si, é alimentado de ilusão retrospectiva. Ainda conforme o conhecimento de si jamais é referência fundamental entre os antigos; ele é sempre referido ao princípio basilar do cuidado de si (CANDIOTTO, 2008, p. 91). E levando para fundamentar a saúde do idoso, o autocuidado passa por essa característica ética e responsável por si mesmo na recuperação de doenças como dengue hemorrágica ou da aceitação da finitude.

O cuidado de si esboça-se em alguns preceitos encontrados nas morais outras que tem relação consigo: uma caracterização da substância ética a partir da finitude, da queda e do mal; um modo de sujeição na forma da obediência a uma lei geral que é ao mesmo tempo vontade de um deus pessoal; um tipo de trabalho sobre si que implica decifração da alma e hermenêutica purificadora dos desejos; um modo de realização ética que tende à renúncia a si. (FOUCAULT, 1985, p. 235).

O homem é um ser singular. A singularidade do sujeito traz incertezas quanto às condutas das práticas de saúde porque não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não há verdadeira saúde pública que não passe por um atento cuidado de cada um dos seus sujeitos (AYRES, 2007; BENEVIDES, 2009). Somente a partir da valorização do sujeito se chegará a promover pessoas éticas, autônomas e conscientes de direitos e deveres consigo mesmas, socialmente, culturalmente com a natureza, o meio ambiente produzindo, assim, uma sociedade mais saudável e comprometida desde o cuidar do idoso, como sujeito de direitos.

As práticas de saúde contemporâneas estão vivenciando uma importante crise em sua história. [...] Em contraste com seu expressivo desenvolvimento científico e tecnológico, estas práticas vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. O desafio central da humanização na saúde [...] é a progressiva elevação dos níveis de consciência e domínio público das relações entre os pressupostos, métodos e resultados das tecnociências da saúde com os valores associados à felicidade humana (AYRES, 2007, p. 16-20).

Na citação a seguir, Benevides complementa Ayres (2007) quando afirma que ao mesmo tempo, com transparência e dentro do contexto humanitário, também somos responsáveis, profissional e individual, eminente, pelo processo de transformação dos idosos ou das pessoas em borboletas:

Cuidar não significa apenas ser assistencialista. É antes de tudo encorajar as pessoas, mais especificamente os idosos, a saírem de seus casulos, levá-los a se transformarem em borboletas que precisam e necessitam voar [...] É fazer com que se sintam seguros [...] Entretanto, é sempre preciso falar às claras e com bastante objetividade, para que as relações entre o cuidador e idoso sejam inteiras e confiantes. Onde ambos interagem ao mesmo tempo em que o vínculo de amizade se torne cada vez mais forte (BENEVIDES, 2009, p. 61).

Como evidenciamos, o enfoque hermenêutico na contribuição da saúde, através do cuidado individual e coletivo, ajuda na compreensão de diretrizes políticas e sociais para combater eficazmente desafios como a dengue percebendo sua relação a partir até da utilização da água no domicílio. E por meio do processo de saber ouvir e valorizar os sentimentos, a subjetividade, as experiências e histórias de vida das pessoas idosas, constroem práticas eficazes no combate à dengue envolvendo o saber da comunidade.

Valorizar a perspectiva hermenêutica na forma de atuar o cuidado implica admitir que a objetividade, essencial a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, munido pelo arsenal científico-tecnológico de um profissional ou serviço que se sobrepõe a um substrato passivo, o usuário ou a população. É preciso também o reconhecimento de outros fatores que interagem e influenciam a saúde do idoso como o sentimento de pertença a um grupo, família, sociedade, o psicossocial, a ecologia ambiental, entre outros, os quais resultam em prevenção à dengue e em promoção da saúde pessoal e coletiva. Nesse sentido, o objeto é algo que se constrói a partir desse sujeito dentro de um contexto eco-bio-social.

Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/populações constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro (AYRES, 2007, p. 20).

A hermenêutica representa a disciplina básica inerente à arte de compreender textos: biografias, narrativas, entrevistas, dentre outros. É a capacidade de colocar-se a si mesmo no lugar do outro. Nem sempre, porém, essa linguagem é considerada transparente em si mesma, porque tanto é possível chegar a um entendimento como a um não-entendimento. Por isso, a ideia de alteridade e a noção de mal-entendido são possibilidades universais tanto no campo científico como no mundo da vida (MINAYO, 2002)

Atualmente, a etnografia é um método muito utilizado na saúde coletiva e por isso mesmo, é indispensável uma reflexão sobre seu uso e discussão de questões éticas possíveis de ocorrer no processo da pesquisa. Ao entrar em um grupo ou uma instituição para realizar uma investigação etnográfica, o investigador passa a olhar, ouvir e escrever tudo o que lhe chega à percepção como importante para esclarecer seu objeto de estudo. Como obter o consentimento de tudo que se vê ou de todos os sujeitos em prol da pesquisa? Como adentrar na intimidade das pessoas, o modo como vivem? E as instituições como os serviços de saúde? Entre outras questões éticas, estas precisam ser equacionadas. Enfim, a pesquisa etnográfica argumenta-se na observação cuidadosa das práticas efetuadas, em uma contínua tensão entre análise científica e experiência da vida cotidiana (CAPRARA; LANDIM, 2008). O olhar etnográfico ajuda o pesquisador a se aproximar mais da subjetividade da saúde do idoso para uma melhor contribuição na prevenção da dengue utilizando corretamente a água em domicílio.

Durante décadas, o modelo biomédico se impôs na área da saúde. Ao se referir a este modelo, Santana (2004) tece uma crítica segundo a qual referido modelo se desenvolveu a partir de um conjunto de crenças e curas tradicionais e populares; contudo, através dos tempos, afastou-se da ideia de cura e reduziu a saúde a um funcionamento mecânico do corpo, focando-a na ausência da doença. Isso no intuito de tentar controlar ou curar a doença e não com vista à saúde ou mesmo à promoção dela. Ambas as ações prevenção e promoção são importantes para a saúde de uma comunidade, todavia a promoção da saúde irá focar mais a saúde ao trabalhar cultura, crenças, questões éticas, estimulando novas posturas diante do contexto eco-bio-social, consequentemente, um melhor controle de doenças. Para isso, torna-se necessário dividir ou somar responsabilidades. Nesse

sentido, ressaltamos a necessidade do papel do Estado nesse processo e não só responsabilizar a população. Cabe-lhe implementar políticas efetivas mediante projeto, estrutura e capacitação no intuito de promover autonomia e cidadão consciente política e socialmente para depois poder contar e somar com o profissional, paciente e instituição.

Apesar de historicamente o cuidado à pessoa idosa ser responsabilidade da família, com os novos arranjos, redução do número de membros na família e a ocorrência de doenças crônico-degenerativas, aliados à visão da sociedade moderna que é movida pelo mundo do trabalho, não há tempo mais para conviver ou cuidar dos seus idosos (ALCÂNTARA, 2004). Surge daí a reflexão quanto à importância de idosos e familiares planejar se planejarem e apoiarem para o próprio autocuidar.

Diante do exposto, em resumo podemos afirmar que o controle social de doenças como a dengue está diretamente ligado ao investimento e incentivo ao autocuidado desde práticas simples da utilização correta da água no cotidiano do lar a práticas de saúde pública. E tudo ou todos fazendo parte de uma rede do processo de cuidar num trabalho integrado e complementar entre prever e promover a saúde coletiva, articulado por políticas que implementem autonomia e cidadãos conscientes politicamente e socialmente.

2.3.1 A CONTRIBUIÇÃO DA FAMÍLIA COMO ESTRATÉGIA CUIDADORA COMPLEMENTAR ÀS AÇÕES DE SAÚDE PÚBLICA

A família é a base do desenvolvimento das relações humanas por ser normalmente a partir do convívio entre familiares que se aprende a conviver socialmente com as outras pessoas. Ademais, a família representa para muitas pessoas a oportunidade de receber apoio no nível psicológico, social, emocional e econômico. Talvez por isso a família seja hoje tão utilizada como estratégia política para a saúde pública. Sobretudo em campanhas de prevenção à dengue e ações de promoção à saúde coletiva.

Entre as iniciativas políticas na promoção a saúde coletiva, sobressai o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como consta em Ferreira et

al. (2009), a primeira experiência de implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde como estratégia abrangente de saúde pública ocorreu, em 1987, no Estado do Ceará, e posteriormente este foi estendido para todo o Nordeste e Norte.

No campo dos serviços, o PACS é uma estratégia importante juntamente com a ESF. Essa união possibilita mudanças das práticas sanitárias, no âmbito da atenção básica, e do processo e tecnologia de trabalho, focado, que ao longo dos anos, na produção de um cuidado centrado no saber médico e em uma clínica baseada no biológico e na produção de procedimentos (FERREIRA et al., 2009).

Consoante Franco, Andrade, Ferreira (2009), o processo e a produção do cuidado à saúde envolvem um conjunto milenar de saberes e práticas desenvolvidas nos diferentes contextos e práticas dos diversos grupos e profissionais na área da saúde.

Ainda de acordo com Ferreira et al. (2009), nessa perspectiva os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) assumem um papel muito significativo junto à família referente à produção de encontros positivos entre as lógicas do agir tecnológico e as lógicas relacionais da criação de vínculo afetivos. Eles constituem efetivos compartilhados em espaços acolhedores de escuta, falas, responsabilização e cuidado à saúde. Como afirmavam esses autores, ação da família para a pessoa idosa tem um peso maior na relação de vínculo médico-paciente ou saúde-doença ao proporcionar encontro positivo, repercutindo na recuperação da saúde do idoso. Nesse sentido, a família através do pressuposto vínculo afetivo, pode ser utilizada como estratégia política para a saúde do idoso. Principalmente nos casos de dengue hemorrágica, poderia resultar numa resposta mais rápida e eficaz.

Segundo pesquisa realizada em Porto Rico, os casos de dengue grave afetam todos os grupos etários nas Américas, mas aparentemente os idosos são mais afetados do que jovens e adultos jovens, além de desenvolver a doença de forma mais grave quando infectados com o vírus da dengue, em um padrão semelhante ao dos lactentes (GARCIA-RIVERA; RIGAU-PEREZ, 2003). Como mostra a citação, estes autores alertam para o risco de dengue na população idosa.

Revisaram suspeitas de dengue, os formulários de inquérito apresentados com as amostras de diagnóstico, bem como os relatórios clínicos de

enfermagem de controle de infecção em Porto Rico, para o período de 1994 a 1999. Os resultados [...] os pacientes em quatro grupos etários: crianças (1 ano: 554), juventude (2 a 18 anos: 6 857), adultos (19 a 64 anos: 9 433) e idosos (> 65 anos: 822). Independentemente do sorotipo infectante, os idosos são mais susceptíveis de terem sido hospitalizados (48% vs 33%) ($P < 0,01$) e tinham menos chances de apresentar hemorragia (26% vs 33%) ($P < 0,01$). Na análise multivariada, controlando para o sexo e a presença de hemorragia, os idosos apresentaram um maior risco de hospitalização e morte do que os jovens e os adultos. Estes resultados são de importância crescente para a epidemiologia da dengue e cuidados médicos, tendo em conta a natureza de expansão da dengue e febre hemorrágica da dengue em um mundo que tem também um crescente número e proporção de pessoas idosas (GARCIA-RIVERA; RIGAU-PEREZ, 2003).

Mais uma vez Ferreira et al. (2009) trazem reflexões críticas das experiências concretas que podem contribuir para a autonomia da comunidade no fazer cotidiano, na medida em que os profissionais são capacitados a reproduzir saberes de acordo com as necessidades da comunidade, e com respeito ao conhecimento e cultura desta responderem melhor a essa nova demanda e desafio para a saúde pública. Portanto, torna-se indispensável promover articulações entre as dimensões técnico-assistencial e político-psicossocial.

Em estudo articulado entre o art. 18⁸ do Estatuto do Idoso⁹ e as atuais políticas públicas dirigidas ao indivíduo idoso, Martins et al. (2007) ressaltam o foco norteador da discussão centralizada na capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado gerontogeriátrico com o engajamento de toda a sociedade. Com vistas à transformação da realidade dos idosos e humanização das relações entre viver e envelhecer, afirmam:

[...] o grande desafio da equipe de saúde passa a ser a construção do cuidado integrado e cidadão com a pessoa idosa; um novo modo de ser e agir em saúde vislumbrando a multidimensionalidade do ser que envelhece e do processo de envelhecimento humano (MARTINS et al., 2007, p. 341).

É sabido que a Política Nacional do Idoso¹⁰, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa¹¹ e o Estatuto do Idoso são aparelhos legais que norteiam as ações

⁸ **ARTIGO 18 DO ESTATUTO DO IDOSO** – As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, provendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

⁹ **ARTIGO 18 DO ESTATUTO DO IDOSO** – As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, provendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda.

¹⁰ **POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO** – Declaração Nacional dos Direitos Humanos – Programa Nacional de Direitos Humanos. Imprensa Nacional, 1998.

sociais e de saúde para garantir os direitos dos idosos e obrigam o Estado a protegê-los. Entretanto, isso só é efetivado se houver atitudes conscientes, éticas, profissionais de saúde e sociedade em geral, todos assumindo a corresponsabilidade por esse processo.

2.3.2 O APOIO E A IMPORTÂNCIA DA FAMÍLIA NA MELHORIA DA QUALIDADE DE VIDA DA PESSOA IDOSA

Somos seres eminentemente sociais, por isso estamos constantemente nos relacionando com outras pessoas. Essa eminência nos torna dependentes desde a nossa fecundação, pois não conseguimos nos reproduzir sem uma relação homem e mulher. A criança, em especial, o recém-nascido, é o mais dependente entre os seres mamíferos do nosso planeta Terra, ou seja, só consegue sobreviver se alguém cuidar dele, alimentá-lo e limpá-lo, higienizá-lo, diferentemente dos demais. Estabelecemos muito cedo uma relação de dependência com o outro em todos os momentos e fases da nossa vida, seja com colegas, amigos, familiares, entre outros. Conforme a citação:

[...] O ser humano nasce frágil, fraco. Comparado com qualquer mamífero ele demorará muito tempo para conseguir existir separado da mãe ou substituto. Nos primórdios da vida a dependência é quase absoluta: ser alimentado, carregado, limpo e aquecido; são necessidades básicas do recém nascido. O potrinho recém-nascido ficará em seguida de pé. Nada mais alheio à noção tradicional de autonomia do bebê humano (OMOCKO CAMPO; CAMPO, 2006).

A família é o primeiro laboratório natural ou de referência onde nós seres humanos aprendemos a nos relacionar com as outras pessoas na vida, eticamente ou não, através das vivências, orientações, educação e administração dessas relações interpessoais dos nossos pais para conosco. Nesse sentido, quando envelhecemos o papel da família continua sendo de grande importância. Benevides (2009) fala desse papel para a qualidade de vida da pessoa idosa:

[...] A família é um grupo de extrema importância para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável, especialmente se o idoso estiver em tratamento de saúde. A ausência, por omissão, distância ou qualquer outro motivo, reflete-se sobremaneira no estado geral do mesmo, podendo, inclusive, vir a ajudar ou prejudicar de acordo com o tratamento exigido para o paciente (BENEVIDES, 2009, p. 56).

¹¹ **POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA** – Portaria 2528 / GM, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

Por sua importância, a família deve motivar o idoso ao convívio social, facilitando e criando oportunidades. Motivá-lo a fazer parte de grupos de convivência que valorizem e ensejem convívios intergeracionais e com outros diferentes grupos sociais de forma interativa. Além do convívio familiar saudável, respeitoso e amoroso, pode trabalhar para que toda a sociedade e o meio ambiente acolham e deem à pessoa idosa condições de explorar sua qualidade de vida e cidadania.

Atualmente, as famílias são apontadas cada vez mais como principais suportes para o bem-estar, qualidade de vida e a proteção social do idoso. Por isso mesmo, evidencia-se “[...] a necessidade familiar e social sobre o envelhecimento e a velhice, bem como da implantação de programas voltados para tentar compreender o ser que envelhece [...]” (BRUNO, 2001, p. 143) e as doenças que emergem em termos gerais ou específicos que são provenientes da idade.

Voltando ao tema do autocuidado desde a utilização da água para as práticas de saúde na prevenção à dengue e da sua saúde no geral para Barros e Carmo (2007), entre os grandes problemas de saúde enfrentados pela população brasileira neste momento contemporâneo, como principais causas de óbito e internações estão as doenças crônico-degenerativas, os acidentes e as diversas formas de violência. Incluem-se também às doenças infecciosas antigas como a cólera ou a dengue que ainda se apresentam como causas decisivas de morbidade. Os autores alertam para determinadas situações como: a falta de solução a problemas estruturais e básicos, a manutenção de condições e modo de vida inadequada, a insuficiência dos mecanismos que regulam os danos ao meio ambiente com riscos à saúde, que se superpõem, em vez de se sucederem.

Essa superposição implica a manutenção de uma alta carga de morbidade e mortalidade na população idosa. Os autores ressaltam ainda a importância de enfatizar ações multissetoriais para a prevenção e controle das doenças e do sofrimento humano e para dar a cada indivíduo a garantia de manter a sua integridade física e mental. Estas ações devem fazer parte não só do setor saúde, como também do econômico e do social (BARROS; CARMO, 2007).

Ademais, a família possui um aspecto muito positivo para a melhoria da qualidade do cuidado e para a percepção de que esse tipo de experimento pode ocasionar aprendizagem. Embora, não exclua a sobrecarga do cuidador (ALCÂNTARA, 2004), pode propiciar resultados positivamente para todos, inclusive na qualidade de vida da pessoa idosa.

2.3.3 O AUTOCUIDADO DO IDOSO DIANTE DA DENGUE E A UTILIZAÇÃO DA ÁGUA: CARACTERÍSTICAS E ATITUDES

Atualmente, a dengue é a principal doença re-emergente no mundo, como afirmado por Tauil (2001, 2002) e Fortaleza (2009). De acordo com material educativo da Confederação Nacional da Indústria (CNI), é uma doença febril causada por um vírus, que é transmitido pela picada do mosquito *Aedes aegypti*. Especialmente com a chegada do verão e com o início da temporada das chuvas, a dengue volta a ser uma ameaça à saúde pública no Brasil, pois as altas temperaturas favorecem a reprodução mais rápida e, portanto, o aumento da quantidade de mosquitos.

Com a padronização de casos é possível comparar a situação epidemiológica entre diferentes regiões. A classificação é retrospectiva e, para efetuarla, devem-se reunir todas as informações clínicas, laboratoriais e epidemiológicas do paciente. Quanto ao tratamento, consiste na reposição dos líquidos perdidos, repouso e alívio da febre com dipirona ou paracetamol.

Para Sales e Caprara (2006, p. 293), “vários são os pontos críticos no controle dessa doença, tanto do ponto de vista biológico, ambiental, quanto do social e institucional.” Segundo Tauil (2002, p. 869) a primeira limitação institucional para o combate ao mosquito está nas atividades de vigilância sanitária em nível municipal – apoio e/ou práticas de fiscalização para eliminar os criadouros. A segunda está na ampliação e regularização do abastecimento de água encanada e da coleta frequente do lixo, com destinação adequada. A terceira, inspeção predial e eliminação ou tratamento de reservatórios potenciais ou atuais larvas de mosquito e aplicação de inseticida em locais com transmissão ativa da doença. E quarta e última limitação, a informação, educação e comunicação da população

sobre as formas de reduzir os fatores domiciliares que favorecem a multiplicação dos mosquitos.

Segundo painel de indicadores do Sistema Único de Saúde (ano 1, n. 1, outubro de 2006), o mosquito transmissor da doença, *Aedes aegypti*, encontra-se distribuído em todas as cidades do país, salvo algumas áreas urbanas dos Estados do Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná. Existem referências às epidemias desde 1916, em São Paulo, e 1923, no Rio de Janeiro e em Niterói. Em 1981, ocorreu uma epidemia em Boa Vista, Roraima, e, a partir de 1986, diversas outras que afetaram o Rio de Janeiro e algumas capitais do Nordeste. Desde então, a dengue retorna ao Brasil intercalando epidemias com situações de endemia.

[...] Diante de tantas evidências, a Educação em Saúde é uma ferramenta que ao longo dos anos vem sendo discutida e recomendada e que cada vez mais se torna necessária dentro de um contexto sanitário como é o caso do Ceará, onde, no ano de 2003, foram notificados 37.947 casos suspeitos de dengue, sendo que 23.789 (62,6%) foram confirmados laboratorialmente. O município de Caucaia-CE notificou neste mesmo período 1.093 casos suspeitos, sendo que 465 (42,5%) foram confirmados laboratorialmente, e ocupa, por ordem crescente, o 7º lugar em relação ao estado (CEARÁ, 2004 apud SALES; CAPRARA, 2006, p. 295).

A concepção da comunidade quanto à dengue leva a um agir próprio, considerado essencial para um projeto mais amplo de controle participativo, pois tal procedimento provém do grau de compreensão e de interpretação das informações concernentes à doença, a qual está também relacionada à organização sociocultural da comunidade.

Em síntese, o significado do autocuidado, aqui abordado, na vida cotidiana do idoso ou do ser humano, vai além da estimulação da autonomia desse indivíduo ou mesmo do médico-científico da prevenção e adentra no foco da promoção da saúde, alcançando, assim, uma perspectiva mais abrangente do ideal de saúde. Logo é necessário haver um trabalho amplo e multidisciplinar, integrado com instituições e a mídia, para que os setores da sociedade cumpram o preceito constitucional e a saúde se estenda a todos os cidadãos, sem preconceitos e sem discriminação e com a participação de todos.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

3.1 NATUREZA DO ESTUDO E ABORDAGEM

O estudo é de natureza qualitativa do tipo interpretativo mediante recorte do projeto da OMS “Eco-Bio-Social Research on Dengue and Chagas Disease in Latin America and the Caribbean”. De acordo com Minayo (2008), constitui objeto da pesquisa qualitativa a dimensão dos significados, aspirações, atitudes, crenças e valores que expressam a linguagem comum na vida cotidiana, buscando investigar a natureza dos fenômenos sociais, indo além do senso comum, estudando o universo significativo das pessoas em seus ambientes naturais.

Assim, a pesquisa qualitativa busca a interpretação dos fenômenos sociais em termos dos sentidos a eles atribuídos pelas pessoas (POPE; MAYS, 2009), o que tornou possível por meio desta abordagem a compreensão dos sentidos e significados das atividades dos idosos, bem como seus comportamentos, atitudes, experiências e história de vida relacionadas ao contexto eco-bio-social como determinantes da dengue.

3.2 CENÁRIO DA PESQUISA

Como mencionado, a pesquisa foi desenvolvida nas quadras 84 (Centro), 48 (Parreão) e 99 (José Walter) no município de Fortaleza em virtude do seu contexto peculiar no tocante à dengue, conforme campo de estudo do referido Projeto Eco-Bio-Social.

Nesta região, as distribuições dos casos de dengue registrados apresentam um padrão sazonal que se comporta em consonância com a ocorrência das chuvas; no período de 2001 a 2008, observam-se períodos de surtos epidêmicos correspondentes à quadra chuvosa, seguidos por intervalos variáveis de menor ocorrência de casos. Segundo mostram, os maiores registros da doença no período em discussão aconteceram em 2001, 2005, 2006 e 2008.

Os primeiros meses de 2008 apresentaram uma tendência ascendente de casos da dengue, resultado do aumento da infestação predial por *Aedes aegypti* em face da antecipação da quadra chuvosa, iniciada ainda em dezembro de 2007.

Esta maior incidência da doença no período chuvoso é atribuída a uma maior abundância do *Aedes aegypti*, em consequência do aparecimento de criadouros que são abastecidos pela água da chuva (NETO; REBELO, 2004; RIBEIRO et al., 2006).

Tais criadouros são na sua maioria tanques, caixas d'água, assim como materiais descartáveis expostos em locais não protegidos da chuva e que podem acumular água quando ocorre uma precipitação (FORTALEZA, 2009).

Quanto aos procedimentos para escolha dos bairros estudados foram:

- a) Primeiramente dividimos o município de Fortaleza em quadrantes (Projeto Guarda- Chuva), com aproximadamente 10 hectares cada um.

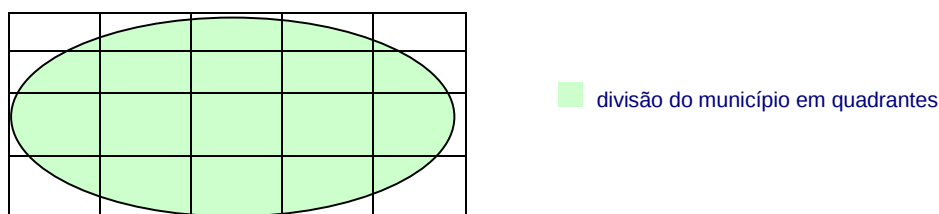


FIGURA 3 – Fortaleza em quadrantes

- b) Após a divisão, estes quadrantes foram numerados e sorteados de forma aleatória, no total de dez quadrantes. E, dentro de cada um dos quadrantes sorteados, delimitamos os *clusters* que foram efetivamente trabalhados nesta pesquisa. Referidos *clusters* correspondem a uma área de 100 imóveis.

Para a delimitação do *cluster* no quadrante, tomamos como ponto de partida o vértice inferior esquerdo do quadrante. Feito isto, seguimos para a direita, no limite inferior do quadrante, selecionando as duas primeiras quadras (quarteirões). No limite do segundo quarteirão, criamos uma linha que sobe em direção ao limite superior do quadrante, até que se tenha dentro do *cluster* aproximadamente 100 imóveis.

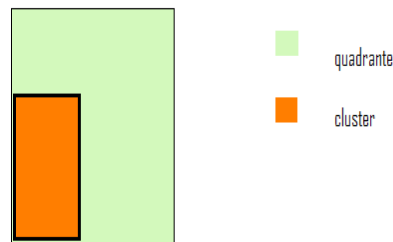


FIGURA 4 – *Cluster* dos quadrantes em Fortaleza

A escolha dos quadrantes seguiu os seguintes critérios:

- a) Possuir aproximadamente 100 imóveis (residenciais ou comerciais);
- b) Possuir espaços públicos (parques, praças, prédios) que ocupem menos de 10% da área do *cluster*;
- c) Não exceder a medida de 10 hectares;
- d) Imóveis fechados permanentemente; e inexistência de fábricas, indústrias ou estabelecimentos comerciais que ocupem mais de 10% do *cluster*.

Contudo, nos prédios com pavimentos, consideramos a área comum como pátio e sorteamos um apartamento por pavimento para responder a pesquisa.

Eliminamos automaticamente os quadrantes com as seguintes características:

- a) Possuir prédios públicos que ocupem mais de 25% do quadrante;
- b) Possuir fábricas ou indústrias que ocupem mais de 25% do quadrante;
- c) Possuir imóveis fechados permanentemente.

Assim, nesta etapa do trabalho avaliamos 300 imóveis, no total de três *clusters*.

3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Os sujeitos da pesquisa foram 22 idosos de ambos os sexos, selecionados conforme as seguintes características:

- Ter idade igual ou superior a 60 anos, segundo o Estatuto do Idoso e a Política Nacional do Idoso (PNI);
- Com base nas três quadras sorteadas, os agentes comunitários juntamente com a pesquisadora identificavam a existência de pessoa idosa na faixa etária estipulada. Quase todos os idosos dos *clusters* pesquisados foram incluídos, pois apenas uma idosa se recusou a participar do estudo.

3.4 MECANISMOS E ESTRATÉGIAS DE COLETA DE DADOS

Para a descrição, compreensão e interpretação dos significados dos sujeitos sobre a utilização da água em domicílio e sua relação com a dengue, adotamos a observação livre com anotações em diário de campo; fotografias e entrevista semiestruturada. Assim, os dados foram obtidos no período de outubro a dezembro de 2010.

A **observação livre** é considerada por Trivínõs (1992) uma observação que satisfaz as necessidades principais da pesquisa qualitativa, como, por exemplo, a relevância do sujeito, da sua prática manifesta, não sendo necessário o estabelecimento de pré-categorias para a compreensão do fenômeno observado. Foi realizada durante todo o estudo em diferentes momentos; no início para conhecer os bairros escolhidos; na medida em que fazemos as visitas para as entrevistas e quando ocorriam episódios chuvosos com vista a aprofundar o olhar sobre o desenvolvimento dos comportamentos dos idosos no tocante à utilização da água e a dengue. Após os contatos com os sujeitos e o campo do estudo, as anotações em diário de campo eram feitas de forma concomitante por meio de pequenas anotações e subsequente, englobando descrições das características dos sujeitos, das suas ações e atitudes, tal como se ofereciam à nossa observação; dos fenômenos físicos relevantes; de explicações levantadas sobre concepções, crenças, práticas, e, por fim, da compreensão da totalidade da situação em estudo (TRIVINÕS 1992). Durante o período da observação livre registrávamos também por meio de **fotografias** imagens de situações e eventos físicos considerados pertinentes ao objeto de estudo.

Para aprofundar os dados apresentados pelos sujeitos, procedemos à **entrevista semiestruturada**, porquanto este tipo de entrevista valoriza a presença

do investigador, oferece perspectivas possíveis para que o informante alcance a espontaneidade necessária para expressar seus pensamentos e valores (TRIVINÕS, 1992). As entrevistas transcorreram nos domicílios dos sujeitos respeitando as dinâmicas sociais da vida diária, intervalos de repouso, alimentação, entre outros, no período da manhã e tarde, de segunda a sábado.

Para elaboração do perfil sóciodemográfico dos sujeitos entrevistados foram considerados dados tais como: sexo, idade, estado civil, escolaridade, número de filhos e de netos, profissão/ocupação, procedência, naturalidade. De acordo com Minayo (2008), ao adotar a entrevista semiestruturada, é importante a elaboração de um roteiro que contemple vários indicadores em tópicos sobre a abrangência das informações esperadas. Usamos, então, questões norteadoras como guias no processo de entrevista: Fale-me o que você entende sobre dengue; Como você faz uso da água na sua casa, na sua vida?; O que você acha que pode ser feito para prevenir a dengue?; Conte-me como você faz para prevenir a dengue em sua casa; Conte-me sobre o seu dia-a-dia, suas atividades diárias; Fale-me como você vê o uso da água na comunidade (APÊNDICE B).

No Quadro 1, em sequência, têm-se as técnicas de coleta de dados empregadas correlacionadas aos objetivos do estudo.

Objetivos	Técnicas de coleta
1. Descrever as memórias dos idosos sobre a utilização da água e as estratégias de combate à dengue no bairro;	Entrevista semiestruturada; Anotações em diário de campo;
2. Identificar os aspectos socioculturais da utilização da água em domicílio do ponto de vista de mulheres e homens idosos;	Entrevista semiestruturada; Observação livre; Imagens digitais - fotografias; Anotações em diário de campo;
3. Desenvolver proposta de intervenção no combate à dengue adaptada e centrada na comunidade.	Entrevista semiestruturada; Observação livre; Anotações em diário de campo.

QUADRO 1 – Técnicas de coleta de dados empregadas correlacionadas aos objetivos do estudo

3.5 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A organização e análise dos dados foram feitas com base na análise e interpretação consoante Trivinõs (1992). Inicialmente procedemos à leitura exaustiva de todas as entrevistas buscando uma visão do conjunto de todo o material, no

intuito de apreender as particularidades e semelhanças entre as narrativas dos discursos; elaboração de pressupostos; escolha das formas de classificação inicial e definição de alguns conceitos teóricos que guiarão a análise. No segundo momento, fizemos a exploração do material, com a análise propriamente dita. Os trechos foram distribuídos em frases ou fragmentos, seguidos de uma classificação inicial; realizamos uma leitura dialogando com as partes dos textos de análise; identificamos os núcleos de sentido apontados pelas partes dos textos e analisamos os núcleos de sentido buscando temáticas mais amplas a partir das quais discutimos as diferentes partes dos textos analisados; reagrupamos as partes dos textos por temas encontrados; a partir de então, elaboramos uma redação por tema de modo a dar conta dos sentidos dos textos e da sua articulação com os conceitos teóricos que orientaram a análise, entrelaçando com dados de outros estudos, conceitos teóricos e nossas conclusões.

3.6 CUIDADOS ÉTICOS

Como exigido, o projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética(CEP) em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, tendo seguido a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde sobre as normas para pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996). Os sujeitos, uma vez esclarecidos sobre os objetivos e a forma de colaboração com a pesquisa, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido de participação no estudo (APÊNDICE A).

Ainda como exigido, a pesquisa foi norteada pelos princípios da beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça, respeitando-se os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, bem como os hábitos e costumes. Para preservar a identidade dos sujeitos, adotamos o uso de letras iniciais dos seus nomes nas narrativas. Imagens fotografadas das situações espaciais e físicas foram registradas com a prévia autorização de uso da imagem pelos sujeitos registradas por escrito (APÊNDICE C), que inclusive solicitavam o registro em algumas situações.

4 CARACTERÍSTICAS, CRENÇAS E VALORES SOBRE A DENGUE: RESULTADOS

4.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS DOS PARTICIPANTES EM SUAS INTERFACES

Tomaram parte do estudo 22 idosos com idade igual ou superior a 60 anos, moradores de três bairros do município de Fortaleza-CE. Na quadra 84 (Centro) duas mulheres idosas na faixa acima de 80 anos, uma com o pedagógico e a outra com o ensino fundamental I incompleto; uma viúva que teve seis filhos e uma outra solteira com dois filhos adotivos, ambas sem companheiros na velhice. Mas as duas moram com familiares, são aposentadas e têm origem em outros municípios do Ceará. A média geral de moradia entre as duas foi de oito anos.

Na quadra 48 (Parreão) sete idosos, entre estes quatro na faixa etária de 70 a 79 anos; dois acima dos 80 anos e um entre 60 e 69 anos. A distribuição segundo o grau de instrução se classifica da seguinte maneira: três dos sujeitos cursaram até o fundamental I completo ou incompleto. Dois no máximo até o curso médio e dois concluíram o ensino superior. Sobre o estado civil, cinco deles casados, um viúvo, um divorciado e, portanto, apenas duas destas pessoas vivem sem parceiro(a) na velhice. No tocante à composição familiar, seis idosos tiveram entre um e oito filhos e apenas uma idosa teve de treze a dezesseis filhos. No universo total dos sujeitos, quatro são aposentados, dois sem aposentadoria e uma pensionista. Quanto à origem de nascimento, cinco são de outros municípios do Ceará, um é de Fortaleza e um de outro Estado do Nordeste. A média geral de moradia foi de dezenove anos e o menor tempo de moradia de todos os participantes é de dois meses enquanto o maior é de cinquenta anos.

Da quadra 99 (José Walter), foram oito pessoas na faixa etária de 70 a 79 anos; quatro entre 60 e 69 anos e apenas um acima dos 80 anos. A distribuição segundo o grau de instrução se classifica da seguinte maneira: sete dos sujeitos cursaram até no máximo o fundamental I completo ou incompleto; quatro até o curso médio; um concluiu o ensino superior e um ficou no ensino fundamental II incompleto. Em relação ao estado civil, quatro já são casados, três viúvos, três

solteiros e igualmente três separados, logo, nove destas pessoas vivem sem um(a) companheiro(a) na velhice. No tocante à composição familiar, oito tiveram entre um e oito filhos; e um de nove a doze. No universo total dos sujeitos, onze são aposentados, um não tem aposentaria e uma é pensionista. Quanto à origem de nascimento, dezoito são de outros municípios do Ceará, dois de Fortaleza e dois de outros Estados do Nordeste. A média geral de morada foi de 29 anos, o menor tempo de três anos e o maior, quarenta anos.

Resumindo podemos observar no geral os seguintes aspectos: a distribuição segundo o grau de instrução dos participantes: dez dos sujeitos cursaram só o fundamental I completo ou incompleto; cinco até o curso médio; quatro concluíram o ensino superior e três ficaram no ensino fundamental II também completo ou incompleto. Nove deles são casados, cinco viúvos, quatro solteiros e igualmente quatro separados ou divorciados, portanto, treze destas pessoas vivem sem um(a) companheiro(a) fixo(a) na velhice. No tocante a composição familiar, nove idosos tiveram entre um e quatro filhos; oito de cinco a oito filhos, o que expressa uma prole numerosa, muito comum no nordeste brasileiro. No universo total dos sujeitos, dezessete são aposentados, apenas três não possuem aposentaria e dois são pensionistas. Quanto à origem de nascimento, dezoito são originários de outros municípios de Ceará, dois de Fortaleza e dois são de outros Estados do Nordeste. A média geral de morada foi de 21 anos, o menor tempo, dois meses e o maior cinquenta anos.

4.2 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE MULHERES E HOMENS

Dos 22 participantes do estudo, dezesseis são mulheres e seis são homens, assim distribuídos: duas mulheres no Centro (quadra 84), três mulheres e quatro homens no Parreão (quadra 48) e onze mulheres e dois homens no José Walter (quadra 99). Se fizermos o somatório das duas primeiras quadras, são apenas cinco mulheres, ou seja, menos da metade das onze idosas do José Walter.

As faixas etárias dos participantes tanto mulheres como homens no geral dividiram-se em três fases: primeira, de 60 a 69 anos, onde só temos o José Walter com quatro mulheres idosas, um homem no Parreão e um outro homem no José

Walter. Segunda fase, de 70 a 79 anos, o José Walter com seis mulheres e um homem e o Parreão com duas mulheres e dois homens. Terceira fase, acima de 80 anos, o José Walter somente com uma mulher, o Parreão com uma mulher e um homem e o Centro com duas mulheres. Nenhuma das mulheres participantes deste estudo nasceram em Fortaleza, onze são do interior do Estado do Ceará e apenas uma nasceu em outro Estado do Nordeste. Dos homens, três nasceram no interior do Estado do Ceará, dois em Fortaleza e apenas um em outro Estado do Nordeste.

Como observamos, as mulheres pesquisadas demonstram terem tido dificuldades em concluir os estudos: cinco completaram o ensino fundamental I e quatro não conseguiram nem completá-lo, mas três delas terminaram o ensino superior, duas completaram o ensino fundamental II, uma não conseguiu terminá-lo e apenas uma também conseguiu completar o ensino médio. Os homens concluíram seus estudos numa etapa da educação, quatro ficaram no ensino médio, apenas um concluiu o fundamental I e um concluiu o superior.

Cinco das dezesseis mulheres são casadas. Contudo, se somarmos as quatro mulheres solteiras com as quatro viúvas e três separadas serão onze mulheres vivendo sem companheiros para apenas cinco com companheiros na velhice. Entretanto, estas mulheres têm de alguma forma o apoio dos seus familiares, seja proveniente de filhos, sobrinhas, filhos adotivos ou familiares por elas ajudados e na velhice dessas mulheres retribuem dando-lhes assistência. Dos homens, quatro dos seis são casados. E o somatório dos viúvos com os divorciados dos quais dois vivendo sem companheiras fixas para quatro, ou seja, há apenas dois homens solitários para onze mulheres solitárias na velhice. São homens que têm de alguma forma como as mulheres o apoio dos seus familiares, proveniente de filhos, namoradas ou parentes como irmão dando-lhes assistência.

A média do número de filhos é a seguinte: seis mulheres e três homens têm de um a quatro filhos; cinco mulheres e três homens tiveram de cinco a oito filhos. Somente uma mulher teve dez filhos e outra, dezesseis filhos. Contudo três destas dezesseis mulheres estudadas não geraram nem adotaram.

Doze mulheres e cinco homens são aposentados e dez mulheres e cinco moram em casa própria. Uma mulher provem sua renda de pensão do filho e da

aposentadoria do marido e a outra é dona de casa e vive exclusivamente da aposentadoria do marido. Somente um homem provém sua renda do trabalho ativo como engenheiro civil.

Quanto à media de moradia das mulheres no Centro é de oito anos, o menor tempo cinco anos e o maior dez anos. No Parreão a média das mulheres foi 29 anos e a dos homens dezenove anos: para ambos, o menor tempo dois meses e o maior cinquenta anos. No José Walter, a média das mulheres 27 anos, o menor tempo três anos, o maior quarenta anos e a média dos homens quarenta anos. Finalizando o tempo médio geral entre as três quadras das mulheres 21 anos e homens trinta anos, sendo o menor tempo de moradia dois meses e o maior cinquenta anos. Como mostraram os dados as mulheres do Centro é que têm menor média de moradia e a maior, é no Parreão; logo em seguida sem grande diferença o José Walter. Os homens, menor Parreão e maior José Walter.

Em resumo, as diferenças entre os perfis das mulheres para os homens: toda as mulheres vieram de outro município do Ceará, casaram por lá e trouxeram seus maridos para Fortaleza ou casaram com um fortalezense passando a morar em Fortaleza. Já os homens, todos casaram com mulheres nascidas no interior do Ceará ou de outro Estado do Nordeste. O homem permanece mais tempo casado que a mulher, numa proporção de quatro homens casados dos seis estudados enquanto a mulher o tempo é de cinco para treze das pesquisadas. Percebemos nesses grupos que os homens casados vivem mais e conservam mais a memória e boas feições físicas do que os solteiros; o mais novo entre os homens é divorciado e com uma aparência mais envelhecida que os demais homens na faixa dos 70 a 80 anos. O mais velho dos 22 sujeitos é um homem casado há 57 anos, lúcido, de 84, anos com uma boa aparência física, e o seguinte mais velho é uma mulher viúva, lúcida, de 83 anos, morando com os familiares e com um aspecto de bem cuidada por eles. As mulheres permanecem mais no domicílio que o homem. Todas essas observações na diferença dos gêneros são encontradas na literatura citada tanto na introdução como na fundamentação teórica entre os seguintes autores: Benevides (2009), Canôas (1997), Ferrigno (2006; 2002), Lopes (2006; 2000), Loureiro (2006), Minayo (2006;1998), Silva (2006), Alcântara (2004), Kalache, Vera e Ramos. (1987), entre outros.

4.3 MEMÓRIAS DOS IDOSOS NO RESGATE HISTÓRICO DA UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO E A DENGUE: uma descrição etnográfica

4.3.1 Bairro: Centro de Fortaleza (Quadra 84)

Fortaleza surgiu no século XVIII, entretanto, o período relatado pelas memórias das pessoas idosas neste estudo, centra-se no transcurso do século XX, quando Fortaleza, segundo Ponte (2010), passou por grandes mudanças urbanas chegando ao final da década de 1910 como a sétima cidade em população do Brasil. Em 1911 começaram as obras do primeiro sistema de esgoto da capital, somente passando a funcionar dezesseis anos depois. A partir de 1930, as famílias migraram do Centro da cidade, principalmente as mais ricas, para bairros mais distantes, como Aldeota, devido a crescente especulação econômica dos espaços urbanos para a expansão do comércio, prolongando-se até os anos de 1960.

A cada ano observa-se uma mistura de moradores com os frequentadores do comércio. Pouco a pouco Centro de Fortaleza diminuía em número de habitantes residentes, embora este seja um dos bairros com melhor infraestrutura urbana na capital: escolas, aparato de saúde, saneamento básico, transporte, praças, parques, áreas de cultura e lazer. Portanto, o *glamour* que ostentou durante anos pela frequência das famílias de alto poder aquisitivo residindo no Centro durante a primeira metade do XX foi substituído por habitantes das classes mais populares que passaram a dominar este espaço urbano (FORTALEZA WIKIPEDIA, 2011). Diante do surgimento de novos prédios, o aumento de pontos comerciais e a redução das casas residenciais, se construiu a história nos discursos desses sujeitos a partir do Centro da cidade, influenciando “a ecologia do vetor relacionado à utilização da água nos domicílios” (CAPRARA et al., 2009).



FOTO 1 – R. J. da Penha



FOTO 2 – R. São João do Jaguaribe

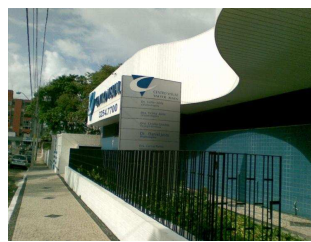


FOTO 3 – R. Nogueira Acióli



FOTO 4 – Av. Heráclito Graça

As Sras. LM e MNAL fazem parte dessa classe mais popular e contaram histórias vivas da quadra 84 que é contornada pelas Ruas J. da Penha (FOTO 1), São João do Jaguaribe (FOTO 2) e Nogueira Acióli, finalizando (FOTO 3) na Av. Heráclito Graça (FOTO 4), localizada no Centro da Cidade. Detalhando o local, esta quadra é toda murada, principalmente nas Ruas J. da Penha e São João do Jaguaribe. Nos pontos comerciais como clínicas e restaurantes na Rua Nogueira Acióli e na Av. Heráclito Graça, encontram-se posto de gasolina, pontos e prédios comerciais, além de estacionamentos usados para garantir o conforto dos clientes motorizados. Os demais imóveis são todos com muros altos e grudados visando à segurança dos moradores. Contudo, nas imediações da J. da Penha há um terreno baldio (Foto 5) aberto ao lado das casas, causando insegurança principalmente para quem reside em casas que se conectam a esse ambiente em virtude da inclinação do terreno. No local existe ainda um acúmulo maior de lixo se misturando com o mato e a água do canal (Fotos 5 a 7).



FOTO 5 – Terreno baldio – lixo e entulho

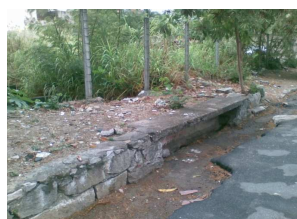


FOTO 6 – Vegetação e lixo – conservação da calçada



FOTO 7 – Terreno baldio – canal, vegetação e água

A água no canal está com manchas brancas, talvez provocadas por produtos químicos provenientes de esgoto clandestino que a própria população faz irregularmente no local.

A Sra. MNAL chegou ao bairro há dez anos para alugar e morar, e ainda permanece com dois filhos homossexuais adotivos. A Sra. LM, há cinco anos, residindo com toda sua família também, na mesma condição de aluguel; tem a mais que a Sra. MNAL no quintal uma grande piscina desativada. Assim, as idosas relembram que sempre utilizaram a água da Companhia de Água e Esgoto do Ceará

(CAGECE), mas, no passado, a Sra. MNAL usava filtro para a água de beber. Ela afirma que a diferença dos tempos atuais consiste em apenas despejar a água no “gelágua” (aparelho elétrico que serve para acondicionar a água mineral). Não lembra com muita certeza de onde procedia a água, mas lembra que sempre “bebeu Indaiá”, como também não ouvia falar de dengue “só agora depois de velha[...] a dengue tá matando, a dengue matou[...]”. A água da CAGECE era só para lavar roupas, louças da casa. A Sra. LM e seus familiares usavam também a CAGECE, pois a família era grande, dez pessoas morando juntas o que acarretava alto consumo e custo. Esse grande número de pessoas na casa levou a reativar o poço. Segundo ela, “era uma boa água até para beber com um bom gosto e não era salgada”. Mas para garantir a segurança e ter a certeza da qualidade da água, a família resolveu examiná-la e levá-la num laboratório especializado. A partir do resultado positivo para consumo da água, a família comprou e colocou ainda um aparelho de tratamento d’água do tipo Europa, para garantir a pureza da água. Contudo, com o passar dos anos, foram comprando e utilizando água mineral ao mesmo tempo. Como todos gostavam de água gelada, compravam um gelágua deixando, pouco a pouco, de lado o equipamento de tratamento d’água. Logo a água do poço passou a ser somente para lavar, cozinhar, entre outras atividades, exceto para beber. Porém, como dez pessoas tornavam muito elevado o consumo de água mineral, a família da Sra. LM decidiu reavaliar e voltar pensar em reinstalar o Europa. Tanto a Sra. MNAL como a Sra. LM não perceberam nenhuma mudança significativa no acesso à água no passado e na atualidade até porque historicamente este é o bairro com uma das melhores infraestruturas da cidade.

Com referência à ação da comunidade na utilização da água ambas as idosas expressaram que as pessoas têm tanto cuidado quanto elas. No entanto, depois a filha da Sra. LM lembrou que há um terreno baldio atrás da sua casa. Sua filha, MVC, de 55 anos, natural de Paracuru, casada, um filho, cursou pedagogia, é aposentada e mora com o filho, o marido e sua mãe LM. MVC ajuda a cuidar da mãe e demais familiares (um irmão e quatro irmãs). Segundo afirma, é um “problema sério de água parada nos vasos, muito mato, muita sujeita, além do acúmulo de vagabundo jogando coisas no terreno, queimando e tocando fogo no mato, que ficou um dia um fogaréu tão imenso que a vizinhança teve de chamar os bombeiros. A comunidade hoje sofre muito com esse terreno baldio”.

A família da Sra. LM sugere que a prefeitura tome conhecimento “dessas coisas”, porque esse terreno prejudica mais a sua família por se localizar atrás, ou seja, em cima do quintal dela e o muro nessa parte é baixo devido o declínio do terreno. Assim sendo, recebe toda a sujeira dessas pessoas a quem denomina de “marginais”. Esse medo decorrente da falta de segurança pública soma-se ao medo da dengue, pois a Sra. LM já teve a doença duas vezes (a primeira há dezoito anos quando morava em Paracuru e a segunda entre seis meses e um ano em visita também lá); outra filha dela também teve, mas só uma vez. Logo, se justifica o medo, apesar de, elas ressaltarem os avanços positivos com referência ao controle da dengue depois dos trabalhos dos agentes sanitários em seu bairro. Nesse sentido, a Sra. LM com suas memórias colabora com os autores: Calvasina (2007), que afirma a necessidade de rever o papel dos profissionais que estimula a cultura profissional tecnicista; Nascimento (2008), com as novas relações de gênero, famílias se reinventam: casal homossexual, mãe com filho(os) chefiado por mulheres e o idoso se adaptando a essa mudança sócia; Andrade e Brassolatti (1998), na educação da sociedade como desafio para conseguir o controle da dengue; Boischio et al. (2009), com as concordâncias científicas enfocando a participação multissetorial em níveis locais e global direcionada ao desenvolvimento sustentável e saudável entre o sistema ecológico e o social, interligados a doenças vetoriais como a dengue; e Tauil (2001), no tocante às deficiências de segurança pública para o controle da dengue.

4.3.2 Bairro: Parreão (Quadra 48)



FOTO 8 – R. Tianguá



FOTO 9 – R. Júlio Silveira



FOTO 10 – Av. dos
Expedicionários

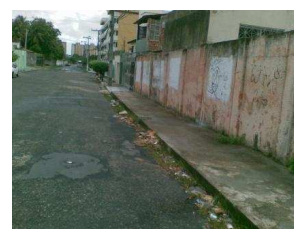


FOTO 11 – R. André
Chaves

A quadra 48 é contornada pelas Ruas Tianguá (Foto 8) e Júlio Silveira (Foto 9), mais a Av. dos Expedicionários (Foto 10), terminando na Rua André Chaves (Foto 11) localizada no Parreão. Toda murada, principalmente nas Ruas André

Chaves e Tianguá, onde se encontram mais residências, quitinetes e a lavanderia. A Rua Júlio Silveira, casas e prédio residenciais com ponto de comércio no pavimento térreo. As casas na sua maioria são grudadas, pelo menos uma parte lateral, e na maioria das residências preservam-se os recuos de frente, lateral e de fundo ou quintal. Na Av. dos Expedicionários tem lanchonete com espetinho do Chiquinho, clínica de aparelho cardiovascular, loja de material elétrico, ferragens e hidráulico, ou seja, os comércios são mais prevalentes nesta avenida, e nos pontos comerciais há estacionamentos utilizados para o conforto dos clientes motorizados. Os demais imóveis são todos cercados com muros altos, todos colados, objetivando a segurança dos residentes, característica ressaltada também no *cluster* do Centro. Segundo a supervisora dos agentes sanitários do *cluster* do Parreão, Sra. Auberice, a quadra 48 é formada por 44 imóveis, seis estabelecimentos de comércio, uma lavanderia, uma oficina e 118 habitantes.

São casas na sua maioria de classe média, principalmente os antigos moradores que chegaram nesse local com bastante dificuldade financeira, mas com as melhorias no bairro e a perseverança da população conseguiram, quase todos os pesquisados, comprar seus imóveis, reformá-los e morarem até o momento. Muitos afirmaram que antes havia mais vegetação no bairro e hoje realmente é muita construção de prédio comercial e domiciliar.

Nas memórias do casal há cinquenta anos, Sra. MPVA e seu marido Sr. SRA, recordam um tempo muito difícil quando alugaram a casa ainda de tijolo, e o terreno “brejado” (expressão usada pelo Sr. SRA, que significa lameiro ou terreno molhado). Esse período da chegada do casal coincidiu com a criação oficial do Parreão na década de 1960. Atualmente, o bairro possui 11 mil habitantes e quem mora lá, segundo os moradores, não quer mudar de bairro de jeito nenhum até porque o local tem tudo: supermercados, agência de Correios, bancos, comércio variado, Associação Peter Pan, entidade de luta contra o câncer infanto-juvenil e o Hospital Infantil Albert Sabin (GONÇALVES, 2011).

Conforme as reminiscências do casal, todo mundo nesse princípio tinha cacimbão, porém havia um problema sério da proximidade deste com as fossas das casas, e ainda as fossas eram todas cheias d’água. Os moradores pagavam um caminhão-tanque para tirar a água das fossas, esvaziando-as, no entanto, era um

movimento de resistência, pois elas tiravam de manhã e de tarde já estavam cheias novamente, inclusive a do próprio casal. Por isso a água não era muito confiável para beber, e isso forçava não utilizá-la, somente, segundo a esposa, se fosse para lavar roupa e limpar banheiro. Até pra comida não utilizava. Aliás, comenta a Sra. MPVA, “as outras das outras casas já era uma água melhor que às vezes usava pra beber por ser uma água melhor.” Nessa época havia muita solidariedade entre os vizinhos com referência ao compartilhamento da água para beber. Frequentemente, a Sra. MPVA pedia aos vizinhos e eles davam para suprir a necessidade da sua família. Ambos relembram que no inverno molhava até certa altura da parede da casa. Um dia o Sr. SRA arrancou um tijolo e a água subiu, ficando um poço no local. E comenta: “a gente morava em cima d’água. Aqui passava um riacho d’água que no inverno ficava um buraco danado. Era, mas graças a Deus secava logo. A felicidade é que secava logo.” Na Rua Tianguá, de acordo com a narrativa do casal, não havia calçamento, só muita areia e capim. Em frente à sua casa existia uma grande vacaria comprada pelo prefeito Murilo Borges, onde segundo a Sra. MPVA vendiam o leite. A parte da Av. Luciano Carneiro era fechada, porque o dono do terreno não deixava abrir. Mas, segundo o Sr. SRA, “no tempo do Cordeiro Neto, ele era conhecido como um figurão da polícia daqueles que pegava vagabundo e mandava trabalhar à força.”

O Sr. SRA comenta havia um senhor próximo evangélico que tinha uma grande casa, entretanto sua água não era boa. Em mostra: “ali sim era uma casinha simples e uma cacimba com a água muito boa, a água chega era azulzinha, fininha a água, então ele me dava, ia buscar balde, até de outra casa mas no outro quarteirão também. Não tinha problema não, o pessoal dava.” A Sra. MPVA diz: “em 80, a CAGECE não existia” e a amiga Sra. MSLO relembra também que havia ainda a questão financeira que não permitia muitas famílias na época comprar água da CAGECE. Contudo, a partir da construção do prédio residencial próximo à sua morada com poço profundo, os seus moradores cediam água para a comunidade e essa ação melhorou muito para o casal.

A Sra. MSLO relembra que só havia luz nos domicílios e faltava nas ruas. Então uma vizinha, “uma senhora aí da esquina”, através dos políticos, foi arranjando primeiro a luz, depois o calçamento. Antes ainda era muito alagado

“mas, era de um jeito que no inverno descia do ônibus ali na Expedicionária, tirava logo o sapato. Era o ônibus da Vila União. Era tipo caminhonete, a gente entrava pela frente e saía pela traseira”. E nesse sentido continua o Sr. JOF, contribuindo com a sua memória, dizendo que na Av. Expedicionários era só calçamento, não havia ainda asfalto.

Quanto à residência do casal, depois de 25 anos de aluguel conseguiu finalmente comprá-la. Conta o Sr. SRA que no primeiro momento “o valor era 10, depois o dono baixou e vendeu por sete milhões de cruzeiros. [...] Vieram várias pessoas olhar, mas eles não gostaram porque não tinha quintal.” O filho do dono construiu uma lavanderia pegando grande parte do quintal da casa do Sr. SRA e por isso ninguém se interessava por ela. Uma vez, continua o Sr. SRA, “eu passei um ano doente, atrasei a casa por um ano, ele nunca mandou cobrar, mas por causa da nora dele aqui que disse não mande cobrar ao Sr. SRA porque está doente, quando ficar bom ele paga”. É, quando ficou bom, pagou tudo de uma vez. O dono da casa, segundo o Sr. SRA, disse para ele: “se você não puder pagar todo pague uma parte, depois você paga a outra. Isso aí me cativou muito. [...] E eu aceitei só por causa disso.” Depois que vieram várias pessoas e não compravam então o dono resolveu negociar e disse para o Sr. SRA: “você sabe que com dinheiro você pode comprar. Aí eu disse assim: “não, um operário não pode comprar casa à vista não. Eram sete milhões. Naquele tempo era o cruzeiro.” Mas o advogado do dono fazendo um pouco de pressão disse: “segunda-feira venha pra mim liberar a casa para eles venderem pra outro”. Conta o Sr. SRA que os netos deles, filhos da nora dele, essa aqui que dizia a ele que não mandasse cobrar disseram: “diga a seu SRA que não saia não.” O dono não pode fazer isso com o Sr. SRA. “[...] porque eu trabalhava em calçado, eu fazia muito trabalho pra eles. Era freguês dele. Quando ele disse que eu podia comprar, eu disse operário não pode comprar casa desse preço, principalmente à vista.” Mas o Sr. SRA conseguiu juntar o dinheiro e no último dia comprou a casa. Lembra: “[...] Eu tinha um telefone e naquele tempo telefone valia muito, um telefone valia três e quinhentos, e uma casinha em Itapajé, que valia também outros três e meio.” Uma prima da sua mulher soube da história e disse: “MPVA, eu compro sua casa pelo valor atual, eu tenho o dinheiro na poupança a qualquer hora que você precisar”. Sr. SRA: “aí deu certo”. A outra irmã da sua esposa disse: “MPVA não vende teu telefone não, e o Sr. SRA recebeu um dinheiro agora atrasado que tinha e

te empresto um milhão. Eu pedi um milhão à irmã da MP”. O resto pediu ao amigo que tinha dinheiro e trabalhava na oficina mecânica, inclusive já morreu. Ele disse: “[Sr. SRA] eu te empresto, se precisar de mais eu te empresto, e deixa o meu pra você pagar depois de todo mundo, pague todo mundo e deixe o meu pra depois”. E assim ele pagou todo mundo e ficou com a sua morada.

A Sra. MSLO ressalta: “hoje todo mundo tem água encanada”. E o Sr. SRA complementa que não há mais “nem cacimba e nem fossa. Todo mundo limpou as Fossas e entupiu. Há cinco anos eles podem cavar um poço aqui e tirar água que a água não é mais contaminada.”

O casal com menos tempo no *cluster*, o Sr. ASG e a Sra. DPS, contribui com suas recordações reclamando da sujeira que a própria população coloca nas ruas com lixos em caixas abertas ou sacos que os animais passam e rasgam espalhando tudo. Finalizando, a história do Parreão aponta que há uma infraestrutura hidrossanitária no bairro, entretanto, ainda precisa mudar a cultura de jogar lixo nas ruas e nas bocas de lobo conforme mostra a queixa da Sra. DPS. A preocupação da Sra. DPS corrobora os seguintes autores: Pelizzoli (2004) no tocante à necessidade de desenvolver uma consciência ética para a proteção da vida; Santana (2004), segundo o qual a saúde das pessoas está ligada aos aspectos sociais e culturais onde estão inseridas, e Araia (2009) na responsabilidade da ação humana e o impacto na saúde das pessoas e do planeta Terra, entre outros.

4.3.3 Bairro: José Walter (Quadra 99)



FOTO 12 – Rua 44

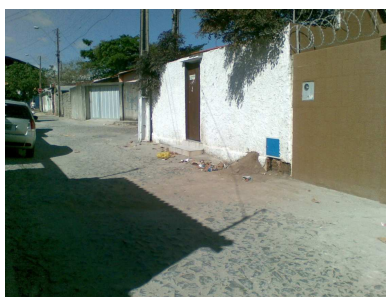


FOTO 13 – Rua 73

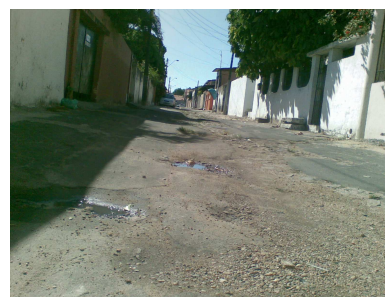


FOTO 14 – Rua 40



FOTO 15 A – Av. I (boca de lobo)

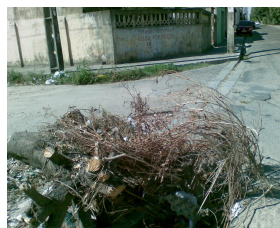


FOTO 15 B – Av. I (buraco)

A quadra 99 é contornada pelas Ruas 44 (Foto 12), 73 (Foto 13), 40 (Foto 14) concluindo na Av. I (Fotos 15A e 15B), localizada no Conjunto Habitacional José Walter. Como o observamos, dentro do *cluster* não há terreno baldio, somente nas imediações, nem fábrica ou indústria. A quadra se situa nas proximidades da praça, de prédios residenciais, pequenos pontos de supermercados, posto de saúde, igreja, e do Centro Social Urbano (CSU), local de apoio dos agentes sanitários, entre outros.

No espaço da quadra, há lixos nas ruas, e na Av. I, esquina com a Rua 44, uma abertura na pista de um enorme buraco com lixo (Foto 15B), causando perigo e uma má impressão com referência ao cuidado público e coletivo por parte das autoridades e comunidade. É um *cluster* basicamente só de moradores. Tem apenas um ponto comercial, uma clínica estética no final da Rua 44 quase chegando à Rua 73. Toda murada de ponta a ponta, com vistas à segurança dos moradores, característica comum aos três *clusters*. Todas as casas possuem pelo menos um lado colado no vizinho, contudo em muitas destas são respeitados os recuos de frente, lateral e de fundo ou quintal, parecendo equivalerem a casas de classe média. Há uma infraestrutura hidrossanitária no bairro, porém os moradores ainda mantêm o hábito de jogar lixo nas ruas e nas bocas de lobo. Existe também saída das águas pluviais para a rua, consoante o observado nos bairros já citados.

O casal Sr. JAR e Sra. MOR chegaram ao Conjunto Habitacional José Walter em 1970, bem no início da entrega das casas, logo após a inauguração da primeira etapa do conjunto em 1969. Na época era considerado um dos bairros mais populares de Fortaleza estando localizado entre o Jangurussu e o Mondubim, nas fronteiras de Fortaleza com Maracanaú. Sua origem foi o antigo Núcleo Integrado Habitacional do Mondubim onde morava muitas famílias pobres, com reduzida infraestrutura urbana. O Conjunto José Walter foi projetado pelo arquiteto Marrocos Aragão conforme padrão de uma cidade planejada. Apesar da inconveniência relacionada à distância do Centro de Fortaleza, o bairro aproximou inúmeras

peessoas interessadas em um domicílio menos oneroso, com segurança e serviços urbanos. Além disso o bairro tem uma característica muito especial: uma temperatura mais amena, em torno de dois graus abaixo da temperatura média de Fortaleza (PORTAL JOSÉ WALTER, 2011).

Os Sres. JAR e JS mais as Sras. MOR, SFS e EP formam o grupo dos pioneiros e como tal se recordam de quando foi fundado o bairro e da sua construção. Na inauguração da primeira etapa o conjunto recebeu o nome do Prefeito de Fortaleza, José Walter, em sua primeira inauguração assim como na segunda e terceira etapas, também no período da sua gestão, enquanto a quarta etapa somente foi inaugurada na gestão do sucessor de José Walter na prefeitura, Vicente Filho. O Conjunto José Walter foi considerado o maior conjunto habitacional popular da América Latina, com mais de 4.200 casas em sua inauguração. Agora, apesar do crescimento urbano, com seus efeitos sociais, o referido bairro ainda guarda características de um conjunto habitacional ou de uma pequena cidade do interior (PORTAL JOSÉ WALTER, 2011).

Depois dos pioneiros já citados, vêm com 36 anos de moradia a Sra. MNMS, com 35 anos a Sra. FFA, com 33 as Sras. FGS e MXR, com vinte anos a Sra. MBAP, quatorze a Sra. MEGF e com apenas três anos as Sras. SS e MI. Juntas contribuíram tanto no resgate das memórias como na compreensão da utilização da água em domicílio através dos anos nesse *cluster*.

Nas memórias do Sr. JAR, bem no início do surgimento da primeira etapa do Conjunto não existia nem CAGECE. Segundo ele, só havia caixas d'água que vinha da Abreulândia, "pela tubulação de lá passava um bocado de boia pra chegar à caixa d'água dos moradores do conjunto. Não tinha esgoto, não tinha nada". Segundo afirma, os moradores "devem ao Tasso Jereissati porque quando ele veio fazer um comércio no José Walter pela primeira vez ele disse: 'eu garanto que dentro de seis meses esse José Walter tá todo saneado'. No dia que ele disse começou a chegar ao José Walter o pessoal pra fazer."

Ainda como conta o Sr. JAR, corria uma tubulação em sua casa que descia para a rua formando bicas que vinham por outro cano e o encanamento do Projeto Sanear seguia outra tubulação. Comenta que quem fez este sistema "botou

tudo misturado, e foi um erro”, pois as águas pluviais se misturavam com as provenientes do esgoto, porque a tubulação da rua não é adequada “pra pegar as duas coisas, o detrito e a água pluvial”. O Sr. JAR afirma: “não pode misturar, tem que ser dividido.” Tem muita casa que mistura, “bem aqui numa casinha bem aí tá misturado. Muitas e muitas e muitas delas não têm.” Esse Cid (refere-se ao governador) devia muito bem conscientizar esse pessoal “não, é que eu não vou quebrar minha cerâmica para concertar o que eles fizeram errado”. O Sr. JAR explica que quebravam a cerâmica todinha e faziam como queriam, depois de novo. A CAGECE fez, e a população “não, não tem problema, pode quebrar, fazer do seu jeito que a gente manda consertar, tudo direitinho”. Os esgotos do “banheiro eram baixos, foi tudo[...] Eles quebraram, botaram caixas de 6 mm, os canos grossos tudinho e tá a caixa de visita fora. Ele acha que o conforto das pessoas é essencial, não tem dinheiro que pague você viver tranquilo.”

Segundo o Sr. JAR, o rapaz da CAGECE aqui chegou, ele “não está bem lembrado, mas parece que foi em[...] Foi dentro da Revolução, né? Porque o Tasso Jereissati foi governador duas vezes.” Foi dentro da primeira gestão do Tasso, mandou sanear o José Walter. “Agora fica muito a desejar” que esse calçamento aqui tem quase 50, 40 anos que “foi feito, nunca deram uma manutenção aqui nesse calçamento. É tudo assim, quando a gente vai fazer um serviço sobra um material, a gente bota aí pra ajeitar, na mesma hora os carros já passam por cima, da benfeitoria pra eles mesmos.” Ele comenta ainda que “política no Brasil se 5% do povo brasileiro soubesse o que era política, o Brasil era outro. Que hoje em dia ninguém quer[...] Se fala em política bem ali ‘eu quero saber lá de política’. Mas ele precisa saber entender o que é a política viu?” Quem faz “as coisas pro bem é elogiado, aquele que não faz fica aí[...] Nosso amigo que fez aqui não foi eleito, que passou oito anos dentro do Senado, o que foi que ele fez pra cá? Nada! Nem pra cá e nem pra canto nenhum.” No primeiro governo do Tasso ele fez “muita coisa, fez a UECE, né? Porto de Pecém. Criou o aeroporto, um aeroporto moderno que ninguém via aqui, né? Tinha um aeroporto “véi” de não sei quantos anos, mais de 100 anos aí. Ele fez muita coisa no primeiro governo dele. Já a prefeitura tu já viu. É zero. Até na frente da casa dela tem buraco.”

Já o Sr. JS narra que chegou ao Conjunto criança com o pai e morou no início na primeira etapa quando construíam a segunda. “Então garotinho, ‘rapaizin’ cansou de vim para a construção e tinha muito mato. Era só mato, só uma floresta mesmo. Recorda a situação d’água realmente difícil, passando pelo transporte que também não existia”. Muita gente acabou abandonando as casas porque “ninguém aguentava aquela situação. Aí depois apareceu uma água “véa” barrenta pra caramba, todo mundo teve de fazer poço,” inclusive sua família. Mas hoje está desativado porque tem “coliformes a água”, portanto, contaminada e “não serve nem para lavagem e aguar planta, lavar uma roupa”. A contaminação pelas fossas é observada nos três *clusters*. A Sra. SFS conta que não tinha CAGECE e era tudo “tão difícil a água pra tudo, pra banho, pra tudo.” Lembra que ela ia lavar roupa numa lagoa que tinha lá. “A alternativa era quem tinha poço fornecia pro vizinho,” quando o vizinho não tinha de jeito nenhum, ela “cansou de botar a mangueira” da sua casa e “puxava até a terceira casa” pra beneficiá-la, “fez isso muitas vezes, muito tempo. Era assim, era uns servindo os outros.”

Conforme Sra. FFA tinha muita vegetação. “Olha[...] Toda casa no José Walter quando chegou tinha uma planta na frente e uma planta atrás. Quando chegou, na frente da casa dela tinha um pé de castanhola e um pé de jambo.” Ela tirou a castanhola e deixou só o jambo. Mas era bem “arborizado, não era quente como agora apesar da estrutura das casas não ser boa porque além de ser baixa, a cobertura era telha de amianto. Era terrível, mas se fosse hoje nesse calor de agora, ninguém nem suportava.” Na época, ela adoeceu de alergia às telhas; foi “parar no hospital várias vezes com asma em alto grau. E chegava lá o médico não sabia qual era a causa”. Ela ficou dez meses tomando vacina antialérgica. Aí começou a engordar, a ficar desse tamanho. Aí foi que um médico, graças a Deus, amigo do médico dela, Dr. João, que já faleceu, ele “me internou numa clínica onde ele era diretor e eu tinha o sobrenome dele e ela ficou lá como prima dele. Foi lá que eu descobri; ele disse que a doença todinha era a telha de amianto,” se não saísse ia morrer porque já tava atingindo o coração. “Aí pronto! Aí Naquela época ela trabalhava como cabeleireira, era manicure, tudo[...] Só ela e o marido. Ela passou dez anos sem ter filhos. E o casal com uma economiazinha, aí forraram a casa todinha” botando a mesma telha. Só que quando forrou mesmo botando a mesma telha a “doença foi junto. Nunca mais” teve asma. Mas conta que “teve gente como o

filho da amiga que chegou a morrer e o médico constatou que era das telhas. A alergia àquele produto é perigosíssima,[...] solta um pelo, um pó, uma coisa que vai pro pulmão que ofende até o coração.” A Sra. FFA “teve o problema e superou”. A dificuldade antigamente era muito grande, diferente de hoje, segundo ela.

O José Walter para a Sra. MB sempre foi um bairro verde “com uma terra tão boa, tudo que plantava nela dava e dava bem. Plantasse mamão era enorme, plantasse abacate, muitas pessoas plantavam. Hoje é diferente, o solo não é mais o mesmo e já tá seco.” Nesse sentido, a Sra. MEGF concorda com a Sra. MB e acrescenta que além da questão das árvores, existiam “os lacerdinhas que surgiam nas árvores”, e as raízes delas “estavam danificando as calçadas e às vezes danificando até a residência”. As “próprias pessoas foram” cortando-as. Outros tiraram as árvores por causa dos assaltos, “começaram os roubos, as pessoas começaram a se trancar e hoje vivem tudo trancadas.” Comenta a Sra. MNMS que “hoje as pessoas vivem como numa cadeia, mas com tudo isso ainda conserva o jardim.” Para a Sra. SFS, a diferença do passado “para hoje é muito grande, melhorou muito, 100%. Hoje há água encanada que dificilmente falta, quando vai faltar a CAGECE avisa pra comunidade se prevenir. Hoje todo mundo tem uma caixa, naquela época não tinha,” era água que vinha direto das torneiras. “Hoje todo mundo tem um reservatório com água, uma caixa, tem qualquer coisa.” No entanto a Sra. SFS comenta ainda que com a construção dos prédios no lugar da vegetação que tinha, “passou a surgir e encheu de muriçoca por toda parte”. Tem “tempo que melhora, tem tempo que piora.” Comenta a Sra. FGS sobre o saneamento no José Walter afirmando que melhorou muito. Entretanto também comenta “que depois da construção dos apartamentos próximos” ao *cluster*, antes um terreno baldio, uma área muito verde coincidiu que depois da construção a “comunidade próxima passou a sentir um mau cheiro muito grande.” E de vez em quando “o mau cheiro chega a ser tão forte, sem saber de onde vem, mas esse mau cheiro fica a ponto de perturbar bastante”. Ela no começo pensava que fosse dentro de casa e ficou “perturbada para saber onde seria dentro de casa[...] Mas o mau cheiro de fezes vem é da rua[...]” Apesar disso, esclarece e diz que não está “culpando os apartamentos”.

Em 1977, quando a Sra. MNMS chegou ao José Walter, só havia até a terceira etapa, há 33 anos, “aí terminaram a terceira e a quarta. Mas era um murinho baixo, você podia deixar as portas abertas e dormia tranquilamente. Era difícil, o mercantil que fazia no Centro pra trazer de ônibus, agora era um difícil com tranquilidade”. A Sra. MNMS presenciou dois assaltos na semana em frente à sua porta, “o povo saindo de dentro dos matos e assaltando as pessoas, como foi assaltada uma senhora que saiu daqui pra ir pro médico, quinze pras quatro da manhã foi assaltada bem aqui assim!” Uma pessoa de 80 anos “ser empurrada por um marginal porque tem que sair de madrugada pra uma consulta. Isso é um absurdo!” Conforme a Sra. MNMS, o governo tem que “ter dó, isso é falta de dó, isso é falta de amor ao próximo! Eles não pensam que vão envelhecer?” Roubar “uma mulher doente. Quem já se viu uma coisa dessa?” Um idoso sair de “madrugada pra ir pra uma consulta.” Comentou ainda: “minha irmã morava na Rua 17 eu ia pra casa dela, cansei de vim uma hora da manhã pra cá.” Uma vez “eu me encontrei com um policial, ele disse ‘moça bonita de onde é que você vem?’, que era no tempo dos coronéis. Eu disse ‘eu venho lá da casa da minha irmã, venho do colégio’, ele disse ‘eu vou lhe deixar até em casa’. Ele veio me deixar aqui,” a mãe abriu a porta, “saiu, aquela tranquilidade”. “Minha amada eu passo o dia trancada, eu passo o dia nessa casa trancada porque eu tenho um dinheiro pra receber, mas tá nas mãos dos governantes, dos poderosos.” Percebe-se “como uma assalariada, mas privilegiada porque tem uma casa pra morar, tem fé em Jesus e o salário, que para ela tão lutando pra tê-lo”. Agradece a Deus, apesar de muita luta, trabalhou muito porque de “quatro em quatro anos tem a mudança dos governos, cada governo que mudava era uma perseguiçõzinha que se tem. Quantos patrões se tem, começando pela prefeitura até chegar ao coordenador”. Venceu e agora a Sra. MNMS passou a sentir saudade “do trabalho, quando saía de casa às cinco horas da manhã para trabalhar lá no Médici, ali de lado da Federal. Com chuva, com sol, com tempestade com todo prazer.” Arrumava a roupa de noite para trabalhar pela manhã. E “hoje são boas lembranças”. Talvez a Sra. MNMS represente o sentimento de muitos moradores deste *cluster*, por ter superado os principais desafios da sobrevivência, precariedade, perdas e limitações e, por isso mesmo, sente-se agora vencedora de sua morada com dignidade através do significado que deu à sua própria história de vida. Aqui ressaltamos: Uchoa (2003), contribui para a compreensão da saúde do idoso Uchoa (2003) nas diferentes culturas e Giffin (2002) para desigualdades de gênero

observadas e insegurança mencionadas pelos sujeitos quando afirma que a pobreza requer mudança na política econômica.

4.4 PERCEPÇÕES E MODOS DE LIDAR COM A DENGUE NO COTIDIANO DOS IDOSOS

Como a pesquisa revelou, homens e mulheres apreendem a dengue em seu cotidiano como algo perigoso causado pelo mosquito (*Aedes aegypti*) e sabem que a dengue hemorrágica é tão séria que pode levar à morte:

Eu sei que a dengue é uma coisa perigosa, que já houve vários casos fatais aqui no conjunto mesmo, já teve vários casos aqui que eu escuto, dá na televisão, mas eu morro de medo. Aonde é a dengue e essa tal de calazar eu tenho medo demais [Sra. SFS].

Dengue hemorrágica que é a mais pior [...] dengue é perigosa! [Sr. JAR].

[Dengue] Deus me defenda [...] Não[teve dengue]. Graças a Deus. Um senhor morreu de dengue aqui vizinho [Sr. JOF].

Esse risco que assusta os sujeitos é ratificado por alguns autores no sentido de alertar e discutir aspectos biopsicossociais da velhice. Entre estes, Neri e Freire (2000), Zimerman (2000) e Paiva (2002); quanto ao medo em relação à dengue, é enfatizado pelos autores: Barros e Carmo (2007) ao falarem de estudos da dengue como grande problema de saúde enfrentada pela população brasileira, confirmando o sentido e a procedência do medo desses sujeitos em seus discursos. Contudo, nada adiantará esse medo revelado pelos sujeitos com referência à dengue se a prática da comunidade onde estão inseridos é outra. Exemplo disso é a falta de respeito à natureza através da produção de poluição decorrente do lixo, gases, entre outros que retornarão aos sujeitos por meio de doenças como a dengue. Nesse sentido Silva Neto e Atella (2009) chamam atenção para a construção de uma consciência ético-ambiental, ou seja, a saúde tanto humana quanto do planeta Terra ou do *cluster* está interagindo com a doença como a dengue no resultado das mudanças climáticas influenciadas pela ação humana numa visão de “análise eco-bio-social” trazido por Calvasina et al. (2011) e Kwa (2006).

Outro ponto em relação aos sentimentos de medo desses sujeitos está no fato de ser assustador não ter o total controle da realidade da velhice ou do combate à dengue. Essa situação cria um incômodo que compactua com o pensar de Beauvoir (1970) e complementa Candiottto (2008) no tocante à subjetividade e verdade. Outra observação com base no revelado no estudo é a percepção equivocada do indivíduo ao pensar ou querer ser eterno e a partir daí o medo da morte e, por isso, o não querer falar sobre o assunto. Para Burlá (2004), a coisa mais certa de acontecer com o ser humano é a morte. Segundo acredita o autor, o homem o único ser vivo que sabe que vai morrer. Com base nisso, surgiram várias teorias de cunho religioso e espiritual. Afinal, ter medo do desconhecido, da dor e de saber da possibilidade de um dia ser permanentemente separado dos entes queridos, assusta muito, principalmente ao idoso, por presumir uma maior aproximação e daí o medo de contrair a dengue.

Consoante notamos, mulheres e homens têm uma característica e atitude comum de responsabilizar o outro no cuidado com o domicílio e não ouvir as orientações dos agentes sanitaristas para não produzir foco de dengue. E por isso morrem de medo e afirmam ser inútil seu esforço na mudança de hábitos se o outro não participar e contribuir também.

[...] o vizinho de frente ele tinha uma calha como essa daí, e essa calha ela ficava água empoçada, e eu tive, nós tivemos dengue e tudo, a filha da minha vizinha aqui teve também que ela nem mora aí hoje, e a gente constatou que fosse de outras casas, né? Porque a gente mesmo não tinha esse costume. As caixas d'água daqui, a primeira era uma caixa de[...] Uma caixa de plástico coberta, bem vedada, depois eu fiz essa de alvenaria, mas ela tem uma tela e é bem coberta com telhinha, toda juntinha, não tem nem uma entrada assim pra procriar o mosquito. Não tem muriçoca na minha casa, ninguém sente muriçoca. As plantas é assim, eu aguou essa plantinha à noite, mas de manhã eu já boto num paninho assim de chão e tiro, enxugo porque isso aí é três dias pra ela procriar e começar a se mexer. Tudo no jardim é assim, não junto coisa. Não gosto de água empoçada. [Sra. FFA].

[...] eu fazer aqui minha obrigação e os outros não fazer. Aquelas vêm também afetar a gente, afeta lá e afeta os outros. [...] Você toma conta de sua casa bem direitinho, mas o vizinho não toma... [Sr. JAR].

O entendimento desses sujeitos de responsabilizar o outro por não se ver parte dessa comunidade na responsabilidade diverge de Silva Neto e Atella (2009) porque é necessário se perceber no contexto para desenvolver uma consciência ética, principalmente no sentido de compreender Boff (1999) quando alerta “o mal a

Terra, voltará a si mesmo”. Contudo, mesmo assim pode compartilhar com as ideias e análise eco-bio-social de Calvasina (2007) para o controle da dengue.

A visão do homem segundo a qual a dengue está ligada ao lixo jogado e à falta de limpeza do vizinho é uma forma de passar a responsabilidade para o outro. É o outro que joga lixo nos bueiros, nos terrenos baldios e nas ruas. Talvez, por isso, o estudo revele nas falas dos participantes uma vivência com a dengue como sendo a resposta as agressões do homem comete à natureza:

A dengue é perigosa, se você deixar um vaso com água, esquecer, já tenho visto por aí pego um vaso, faz assim e os martelinhos dentro d'água. E é um perigo, ne? [Sr. JAR].

Eu tenho cuidado com as vasilhas de lixo. O lixo de casa. Também é só o lixo de casa [...] comunidade [...] não tem cuidado não, lixo fazem é jogar assim. Às vezes fica lixo podre aí. [Sr. SRA].

Como evidenciamos, o discurso desses idosos sobre o lixo converge para alguns autores como, por exemplo, Araia (2009), segundo o qual a questão ecológica ligada à educação mostra como a Terra pede socorro; a dengue, de acordo com Degallier (2009); o desafio da educação para o controle da dengue como afirmam por Andrade e Brassolatti (1998); e o envelhecimento e a promoção da saúde de Assis (2005).

Os participantes percebem ainda a necessidade de conscientização do povo para a higiene no geral. Conforme os sujeitos deveriam ter um cuidado a mais com a limpeza das vasilhas e a água das plantas nos domicílios. Essa questão trazida por vários sujeitos é aqui representada na abordagem do Sr. JS:

Já vira uma coisa também no caso da dengue, né? Eu acho que acima de tudo higiene, começa logo por aí[...] E conscientização do povo [Sr. JS].

Ademais, a visão trazida pelos sujeitos compactua com Minayo (2006; 1998) em com referência ao cuidado com a higiene do ambiente relacionada à saúde do indivíduo. Também converge com a responsabilidade social citada por Araia (2009) e a questão da consciência ética de Pelizzoli (2004).

Para os homens, a comunidade deveria ser mais comprometida, assim como deveria de colocar em prática as orientações dos agentes sanitaristas que consideram um bom trabalho junto à comunidade na direção de um trabalho

preventivo mais coletivo do que individual. Na percepção deles, os agentes sanitaristas acabam perdendo muito tempo nessas casas com foco por culpa dos próprios moradores que não fazem suas obrigações quanto à limpeza:

O problema é que a população não obedece. Os guardas tão ensinando tudo, tudo, mas quando sai aí eles não faz. [...] Porque aí os guardas da SUCAN ficavam só no campo, né? [...] se concentram só numas casas porque o pessoal não obedece [Sr. SRA].

De modo geral, os sujeitos da pesquisa, estão de acordo com o Sr. SRA e acabam em condescender com os autores quando estes afirmam: a importância para o desenvolvimento de uma consciência ética de Pelizzoli (2004), a responsabilidade com o ambiente onde vive, de Boff (1999); a construção de conhecimento a partir do respeito à cultura e o saber popular, com Morin (2007), e Ferreira et al. (2009) e a união dessas dos autores convergindo para uma ação mais efetiva na direção do controle da dengue, de Sales e Caprara (2006).

Nas falas a seguir, constam as concepções das mulheres sobre o trabalho e a ação dos agentes sanitaristas de fiscalização passando mais segurança sobre o controle da doença à comunidade.

[...] É horrível [dengue]. É muito bom esses tratamentos que fazem [agentes], prevenção [Sra. MPVA].

[...] quando corre a água da planta aqui eu já empurro pra li, boto às vezes uma aguinha sanitária porque é muito bom a água sanitária porque eu tenho medo [...], gasto muita água sanitária neste buraco[...]. Depois desse período que a fiscalização veio aí, foi constatado, ele [vizinho] tirou a calha, graças a Deus, daí pra cá ninguém teve mais problema com dengue [Sra. FFA].

Desse modo, as idosas confirmam determinados autores, como: Ferreira et al. (2009), os quais reconhecem os trabalhos dos agentes comunitários de saúde que assumem espaços acolhedores de escuta, responsabilização e cuidado à saúde. Utilizando a lógica dos autores, então, pode-se reconhecer o dos agentes sanitários até porque a própria comunidade já os reconhece como tal.

SUJEITOS	DENGUE		GRAU DE CONHECIMENTO		
	TEVE	NÃO	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Sr. JAR		Esposa			X
Sr. JS	1 vez				X
Sr. SRA		Genro			X

Sr. JLFM	1 vez				X
Sr. JOF		Vizinho		X	
Sr. ASG	1 vez		X		

QUADRO 2 – Informativo sobre os homens pesquisados

LEGENDA

- Conhecimento ÓTIMO sobre dengue é quando o sujeito sabe falar com mais domínio sobre o assunto e sobre medidas preventivas básicas e bastante consciência, prática no sentido de promover a saúde individual e coletiva.
- Conhecimento BOM sobre dengue é quando o sujeito que sabe falar com mais domínio sobre o assunto básico pratica algumas medidas preventivas com consciência e noção da promoção da saúde individual levando ao coletivo.
- Conhecimento REGULAR é quando o sujeito apenas ouviu falar, mas só sabe, alguma coisa sobre o conhecimento básico como não acumular água, emborcar latas, garrafas e baldes, vedação da caixa d' água etc.
- Conhecimento INSUFICIENTE é quando o sujeito sabe muito pouca coisa do que ouviu falar da dengue, mas as informações são confusas e algumas equivocadas, além de não saber falar sobre o assunto com segurança.

Conforme o quadro 2 três dos homens já tiveram a dengue e em seus comentários anteriores sobre o assunto asseguraram que não querem jamais passar de novo por essa experiência. Outros três não tiveram, porém, segundo suas falas, vivenciaram com alguém bem próximo como esposa ou genro ou vizinho que morreu de dengue. Demonstram a influência na sua relação entre o grau de conhecimento sobre dengue e as experiências de vida com a doença ligada também ao autocuidado:

[...] eu já passei por isso e vejo aí e mata mesmo, que a gente sabe que essa dengue mata. [...] Foi [...] se eu tivesse um revólver aqui eu tinha dado um tiro no ouvido.

[...] uma dor de cabeça estúpida e aquela coceira, aquele negócio “véi” horrível, aquelas patacas no corpo. Foi horrível [Sr. JS].

Nesse caso, o grau de conhecimento sobre o assunto coincide com as experiências de vida da doença e é explicado por Morin (2007) e Ferreira et al. (2009), quanto ao conhecimento ser uma tradução seguida de uma construção respeitando saberes, conhecimentos e práticas culturais desses sujeitos. Complementam Ayres (2007) e Bub et al. (2006) quando dizem que o modo de ser do indivíduo está diretamente ligado às suas práticas de cuidado.

Ainda como mostra o estudo, quando uma pessoa teve uma experiência com dengue com ela própria ou na família, passa até um compromisso maior no sentido de mudar os seus hábitos e costumes para se proteger melhor da doença:

Eu tinha muita planta, água, pneu, aí era só o que o mosquito queria [Sra. LM].

Moradores que tiveram a dengue geralmente já ficam com muito medo na primeira experiência e a vigilância no combate ao foco é mais continuada, chegando à mudança até de costumes. Mas quando contraem a dengue pela segunda vez, acirra-se o medo, do risco de morte e as incertezas que podem levá-los a sentimento de insegurança. Essas inseguranças, além do medo, compartilham com o discutido, por Morin (2007) ao afirmar que dessas inseguranças podem desencadear incertezas possíveis de promover estratégias capazes de modificar comportamento em função das informações e dos conhecimentos novos propiciadas pela ação. A idéia de Morin (2007) soma-se à de Ayres (2007) e Benevides (2009) na valorização do sujeito, a sua singularidade na produção dessas incertezas. Ao mesmo tempo, alia-se à de Ferreira et al. (2009), da construção de saberes, conhecimentos e culturas no controle mais efetivo da dengue. Como ressaltam Ayres (2007) e Benevides (2009), não se pode cuidar do indivíduo sem cuidar da população e para isso se torna indispensável o diálogo entre autores e sujeito.

QUADRO 3 – Informativo sobre as mulheres pesquisadas

SUJEITOS	DENGUE		GRAU DE CONHECIMENTO			
	TEVE	NÃO	INSUFICIENTE	REGULAR	BOM	ÓTIMO
Sra. LM	2 vezes				X	
Sra. MNAL	1 vez				X	
Sra. MPVA		Genro			X	
Sra. MSLO		Não sabe	X			
Sra. DPG		X		X		
Sra. MOR				X		
Sra. FFA	1 vez				X	
Sra. SS	1 vez	X				
Sra. FGS		X				
Sra. MXR	2 vezes				X	
Sra. MI		X	X			
Sra. MNMS		X			X	
Sra. MBAP	1 vez				X	
Sra. SFS	1 vez				X	
Sra. MEGF		Genro			X	
Sra. EP		X	X			

De acordo com o Quadro 3, que nove das mulheres não tiveram dengue, mas ao relacionar seus conhecimentos sobre a doença demonstram uma vulnerabilidade a mais a ser considerada e trabalhada. Sete têm um baixo conhecimento, ou “insuficiente” ou “regular”, da dengue, enquanto para nove este conhecimento é “bom”. Contudo, oito destas nove idosas vivenciaram a dengue com

elas mesmas ou na família. Portanto apenas uma dessas nove demonstrou um bom conhecimento e não teve nenhuma experiência com ela. Pelo resultado evidenciado no quadro, as participantes compactuam: Morin (2007) e Ferreira et al. (2009) no referente ao conhecimento assossiado à experiência, pois quando é vivenciada pelo sujeito passa a ser mais significativa e sua aprendizagem mais efetiva.

De modo geral, os sujeitos percebem haver um efeito diferenciado entre as pessoas (idosos e filhos e parentes) quanto às as reações da dengue comumente na pessoa idosa foi um pouco menos grave que nos filhos ou parentes que acabaram necessitando serem hospitalizados. Já os idosos sofreram muito, tiveram acompanhamento médico, foram diagnosticados, mas o tratamento foi em suas casas, aos cuidados dos familiares.

Teve um filho meu, um filho casado, um filho e a nora, o negócio realmente foi sério. [...] Ele ficou no hospital internado [o idoso teve dengue não foi internado, mas foi também muito sério que teve vontade de morrer] [Sr. JS].

Sobre o tema, Garcia-Rivera e Rigau-Perez (2003) alertam e mostram o resultado do pesquisa realizada em Porto Rico, no período 1994 a 1999. Além de constatar essas diferenças trazidas pelo Sr. JS, a pesquisa destes autores aponta para uma evolução mais grave da doença, diferentemente do Sr. JS. Assim, na ótica dos autores, os idosos constituem um grupo mais crescente em número e proporção de casos evoluindo para uma dengue hemorrágica divergindo da percepção do Sr. JS. Albuquerque (2007) e Saldanha e Caldas (2004) corroboram a afirmação e enfatizam a nessecidade de cuidar com arte o idoso, principalmente, no momento da doença, a qual o deixa ainda mais fragilizado emocionalmente e fisicamente.

Ressaltamos: todos os homens conhecem os sintomas da dengue como febre, dor de cabeça, dor por todo o corpo, manchas na pele, entre outros. Ademais, a maioria tem um ótimo conhecimento sobre o assunto. Isto, no entanto, não significa afirmar que todos estejam preparados para lidar com todas as questões empostas pela dengue como desafio à comunidade e à própria velhice:

Aliás, eu adoeci dela [...] Dor, ficava todo dolorido. Dor de cabeça [Sr. ASG].

É uma doença perigosa transmitida pelo mosquito da dengue. Dor e febre. Ficava todo dolorido. Dor de cabeça e manchas vermelhas na pele [Sr. JLM].

O contexto leva a uma convergência entre os autores: Benevides (2009) no papel da família de extrema importância para o desenvolvimento de um envelhecimento saudável, Omocko Campos e Campos (2006), com a fragilidade do ser humano; Martins et al. (2007), as relações profissionais entre o viver e envelhecer num cuidado integrado e de cidadania.

Consoante observamos, a orientação e educação à comunidade no geral sobre a dengue está superficial ou confusa, sobretudo para algumas mulheres que ainda não vivenciaram a doença. Para esta, o grau de conhecimento sobre a dengue mostrou-se regular, ou seja, apenas ouviram falar, mas só sabem alguma coisa sobre conhecimento básico como não acumular água, emborcar latas, garrafas e baldes, vedação da caixa d' água etc.

Muito pouco. Eu não sei quase nada da dengue. O que eu sei é que você tem que virar garrafas e que até numa tampinha de refrigerante você pode acumular a dengue [Sra. FGS].

A percepção da Sra. FGS de não saber quase nada compactua com a necessidade de compreender o contexto. Colabora, assim, com alguns autores quanto à importância de se desenvolver uma consciência ética, de Pelizzoli (2004), passa pela motivação da responsabilidade com o ambiente, de Boff (1999) e utiliza a análise eco-bio-social de Calvasina (2011) e construindo a partir do respeito à cultura e saber popular, ao produzir novos conhecimentos com, Morin (2007) e Ferreira et al. (2009).

Nos seus discursos, os participantes trazem diferentes informações a ponto de confundir suas idéias. Por exemplo: uma sabe muito pouca coisa do que ouviu falar da dengue, e as informações são confusas e até equivocadas, além de não saber falar sobre o assunto com segurança. Outros têm um bom conhecimento sobre a dengue, ou seja, sabem falar com mais domínio no assunto básico, e também praticam as medidas preventivas com mais consciência e noção:

Tomando água assim [pega a dengue] Da água, né? [...] O mosquito também. As duas coisas, né? A água contaminada, o mosquito [Sra. MI].

Já ouvi falar. A dengue é uma coisa, né? Eu não sei nem dizer direito minha filha como é essa dengue [Sra. SS].

Eu sei que a dengue o pessoal diz que a gente sente dores no corpo, parece que tem manchas no corpo. Não sei se sente febre [Sra. MSLO].

Minha filha, a dengue é muito prejudicial à saúde da pessoa, só sei isso minha filha [Sra. EP].

Eu gosto de plantas, mas eu não costumo mais [...] colocar plantas em água porque eu tinha uma... e eu já tive dengue, né? [Sra. FFA].

Esse volume de informações que levaram as participantes confundir os conhecimentos básicos da prevenção à dengue convergem para Morin (2007) ao ressaltar que o segundo buraco negro no sistema de educação para o século é o conhecimento pertinente. Frequentemente as pessoas são submergidas pela quantidade de informação transmitida pela mídia; a informação do amanhã anula a conhecida no momento. Logo, como diz Morin (2007), o verdadeiro problema não é da informação quantitativa, mas o da organização dela.

Conforme as entrevistadas, a mensagem da mídia no combate a dengue, às vezes, pode acabar reforçando essa concepção de atribuir ao outro a responsabilidade. Isto acaba jogando a população uns contra os outros.

A dengue pra mim ela é uma doença prejudicial porque já levou muita gente a óbito. E tem uma propaganda na televisão que diz “enquanto eu limpo a minha casa, meu vizinho não”. Eu limpo pra mim e a minha família e o meu vizinho prejudica a ele e os outros. Esse é o meu modo de pensar, é a minha dedução [Sra. MEGF].

A percepção da Sra. MEGF colabora Morin (2007) ao afirmar que uma ação não obedece nunca às intenções daqueles que a executam. Ela adentra no meio social e cultural, no qual vários fatores estão em jogo. Esse acontecimento pode ter seu sentido deturpado e, muitas vezes, revertido contra a intenção dos seus proponentes.

Alguns discursos como os da Sra. MNMS fala sobre o mundo global afirmando que o mosquito da dengue não é nosso e que o Brasil é lixeira dos Estados Unidos. Desse modo, passam uma percepção de que a lógica do capital equivocadamente domina valores éticos de responsabilidade social e ecológica:

[...], eu vejo essa dengue, eu tenho impressão que esse mosquito nem nosso não é, ele já veio de fora pra cá porque o mundo global começou as pessoas.... O mundo tá assim é muito fácil você ir pra todo lugar, então as doenças tão vindo, elas tão vindo de lá pra cá. Eles têm medo que a gente leve uma planta pra eles no exterior, mas as coisas ruins tão vindo de lá. O nosso lixo tá vindo dos Estados Unidos, pronto [Sra. MNMS].

Já! Eu já tive a dengue. Eu tive quase uma dengue hemorrágica, fui parar no hospital [Sra. FFA].

[...] se existiu o cão na terra perseguindo os outros é a dengue. Sabe por quê? A dengue dá dor de cabeça, a dengue dá dor no corpo, a dengue dói os olhos, a dengue dói todos os ossos que você tem [Sra. MXR].

Tem um muro, mas quando as meninas passavam, a CAGECE passava lá e dizia que tinha esse rego que deixava a água de chuva parada aí que caía nas coisas, que ficava tudo cheio [...]. Mas ele não tinha jeito não. O ASG [marido dela] dava coisa [dinheiro] para ele limpar o lixo, mas ele fumava era de droga, fumava droga [Sra. DPG].

Nesse prisma, a Sra. MNMS colabora com os autores em seu discurso, como Degallier et al. (2008), Menezes e Mehlig (2009), na preocupação com a ação humana e o impacto das alterações ambientais na saúde através de doenças vetoriais; Pelizzoli (2004), com o conflito ético e o desafio de criar alternativas urgentes para os problemas socioambientais dentro do desenvolvimento sustentável dos países; e Morin (2007), segundo o qual não se pode confundir cidadania terrestre com mundialização tecnoeconômica. Esta cidadania é resposta à mundialização. A pátria terrestre não pode recusar ou reclamar as pátrias que a compõem; ao contrário, deve integrá-las porque para o autor é difícil compreender nossa época sem ter a consciência do acontecimento vivido.

Ainda quanto aos discursos dos participantes, muitos, de alguma forma, se referem ao papel de apoio e à importância da família para o sujeito idoso nesse momento de dor, insegurança emocional perante a dengue. Além disso, sobressai a atitude da família de estar ao lado do seu familiar idoso como estratégia cuidadora complementar às ações de saúde pública.

[...] num minuto eles já tavam me levando, eu perdi até o sentido, eu não sabia nem aonde era que tava, a dor papocando, a dor no estômago, a ânsia de vômito e fui parar no hospital. Quando cheguei lá o médico preparou um coquetel pra mim, disse que ia preparar um coquetel que eu tava com sintoma de hemorragia, ia preparar esse coquetel, eu ia vomitar muito, eu ia sentir muita náusea, mas eu ia melhorar. Eu sei que eu fiquei internada, eu sei que graças a Deus melhorei, mas não desejo pra ninguém porque oh doença ruim. A dor não na cabeça é no fundo do olho, dói no fundo do olho. Minhas plaquetas caíram todas, eu olhava pra cá, eu via todo pássaro voando, tudo assim[...] Aí eu dizia que tanto pássaro é esse? Ela dizia: "não, mãe, tem pássaros não"; tem minha filha muito pombo voando aí, andorinha não sei o que é. Era só a doença, a doença é demais. Eu via umas cordas de fogo descia assim das nuvens. As plaquetas cai tanto que você fica assim [Sra. FFA].

Nesse sentido, a Sra. FFA complementa Saldanha e Caldas (2004) no tocante à importância da família no estímulo ao idoso para se cuidar através da valorização da maturidade do velho no enfrentamento dos limites e perdas na

velhice. Converge também com Neri, Yassuda e Cochioni (2004), Lopes (2006) e Lima et al. (2009) conectando a dependência no contexto social numa perspectiva da qualidade de vida na velhice.

Como revelam as falas, as participantes percebem a necessidade de uma atitude diante da dengue no sentido do cuidar de si e da família para proteger da dengue:

Pra nunca mais. Eu fiquei muito mal, olha eu vou dizer uma coisa, só o câncer mesmo porque é humilhante demais e eu sofri muito com o câncer, eu sei que foi pior, mas a dengue foi horrível, horrível. Foi uma das doenças piores que eu já tive. Eu até depressiva fiquei, chorava pelo meio da casa, assim sabe de repente. [...] É muita dor no corpo, muito desânimo, a pessoa fica assim, sei lá, eu nunca tinha sentido um troço tão estranho... [...] Eu acredito que hoje depois que eu tive o câncer, eu acho que eu não resistiria a dengue [Sra. MB].

A última quase que eu morro. Tanto eu como ela e a minha filha, ele [filho]. Nós tivemos nós três juntos, ninguém podia fazer o chá pro outro porque cada um tava mais doente do que o outro. E ela que é meu braço forte [cunhada] me ajuda muito, tava viajando, de vez em quando ela cai fora. E as minhas irmãs vinham da Cidade dos Funcionários fazer caldo pra nós, fazer alguma alimentação. Aí na segunda vez que tive me levaram pro Antônio Prudente [Sra. MXR].

Nessa ótica, sentido as participantes compartilham com Foucault (1985). O cuidar de si promove a articulação entre subjetividade e verdade num trabalho que implica decifrar alma e hermenêutica purificada dos desejos na compreensão da renúncia em si.

A Sra. MOR traz o desafio de lidar com a imaturidade na velhice a qual leva a uma dificuldade da pessoa perceber o risco ou o perigo que é a dengue:

Corria muito água [praia do Iguape], aí tinha uns mosquitos, aí eu fui lá assanhei os mosquitos quando foi de noite aí eu tremia, tremia com uma febre medonha, aí a gente tem um médico muito bom, minha menina de lá ligou pra ele, aí ele passou o remédio, lá mesmo nós compremo. Eu não cheguei nem três dias. Ele me medicou logo no comecinho e eu fiquei boa [Sra. MOR].

Esta fala ratifica alguns autores. Entre eles, Ayres (2007), Benevides (2009) segundo os quais a partir da valorização do sujeito pode-se compreender as singularidades do sujeito e, Morin (2007), quando fala no amor que introduz a profissão pedagógica, a missão do educador, ou seja, educa o sujeito com base no amor leva a resultados mais efetivos.

Há um consenso interessante entre os discursos das mulheres, homens, mídia e a própria comunidade, qual seja: a melhor conscientização de todos para a limpeza e estarem atentos às medidas básicas de prevenção recomendadas pelos agentes sanitaristas.

Em síntese, consoante observamos, tanto os homens quanto as mulheres têm uma característica e atitude semelhantes ao atribuir ao outro a responsabilidade por não cuidar direito da morada conforme as orientações dos agentes sanitaristas para não produzir foco de dengue. Portanto, o outro na concepção de homens e mulheres é sempre o culpado, conforme já citado. Segundo acreditam, só eles se previnem corretamente, e o outro não. Todavia, se compararmos os discursos às práticas encontradas nos registros do diário de campo sobre alguns domicílios desses sujeitos, várias dessas práticas mencionadas não condiziam totalmente com as reais identificadas, exemplo, quintal desorganizado com possibilidade de foco quando chegar o período chuvoso. Quanto ao domínio e conhecimento sobre dengue, os homens diferem das mulheres. Como revelam os dados, cinco dos seis homens obtiveram conceito bom a ótimo, enquanto as mulheres das dezesseis delas, apenas nove obtiveram o conceito bom. No conceito insuficiente a regular, inclui-se apenas um homem, nas sete mulheres. Esse aspecto sócio cultural e educacional expõe, assim, mais as mulheres ao risco à dengue que os homens.

4.5 UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO: aspectos sócio culturais, políticos e de promoção da saúde

Para os homens pesquisados, a principal concepção sócio culturais e de promoção à saúde reside na utilização da água em domicílio na função de bebê-la. Nesse sentido, a água foi considerada duvidosa e questionara-se a sua qualidade e segurança no tocante à água de garrações de origem incerta ou água direta da torneira da CAGECE para o consumo humano. Mas a água da CAGECE usando equipamento como o tipo superzon, é vista como segura; outro homem utiliza o filtro comum para armazená-la e a maioria ainda utiliza água de garrafão. Muitos, porém, reconhecem a confiança e qualidade da água do tipo Indaiá ou Neblina, como afirma a grande maioria conforme, as falas a seguir:

Pra beber, pra tomar banho, pra cozinhar. [...] Pra limpeza [Sr. ASG].

Aqui a gente usa água tratada, tem Superzon que a gente só toma água dela. Garrafão[...] é uma água duvidosa, né? [...] A não ser que seja de uma empresa que nem a Indaiá, né? A Neblina que a gente tá vendo que tem poço profundo, tem estrutura, tem tudo [Sr. JAR].

Tal como os homens, as mulheres também têm uma grande preocupação com a água de beber e não utilizam água direta da torneira da CAGECE para o consumo familiar. Da mesma forma, aprovam a utilização de equipamento de purificação da água da CAGECE do tipo Superzon ou Europa, enquanto outras mulheres usam filtro de louça para consumi-la e a maioria ainda compra e utiliza água de garrafão. Nos discursos das mulheres em geral há uma preocupação maior com a economia da água, sobretudo no relacionada a outras gerações:

[...] a água da CAGECE a gente não consegue beber. Tem muito cloro, eu sinto muita cólica quando tomo a água da CAGECE, eu não me sinto bem. [Sra. MB].

Tem a CAGECE, e se eu usar é filtrada, [...]. Lavo roupa em máquina. Pouco é lavado roupa na mão [Sra. MSLO].

É. Gosto de lavar roupa, eu aparo água de chuva pra poupar água da CAGECE porque a água da CAGECE não presta pra lavar roupa não. Fica uma roupa “veia”... [Sra. DPG].

Bem[...] Aí minha água eu uso água Indaiá, não uso água da CAGECE pra beber não; A água da CAGECE é só pro meu uso diário de limpeza de cozinha, de banheiro, de quintal, de aguar, minha água eu uso assim, [...] [Sra. MSLO].

É da CAGECE, mas eu tenho Superzonzinho [Sra. SFS].

Eu uso muito resto de água, sobra de lavagem de roupa pra lavar um quintal assim[...] Eu economizo muita água. Toda vida eu economizei muita água. Muito mesmo! Por exemplo, se eu lavar um arroz, eu já boto aquela água numa planta [Sra. FFA].

Lava calçada, se tá um monte de areia em vez de varrer bota é a água pra tirar, que eu acho um desperdício lavar calçada. [...] Porque eu tenho muito medo que todo mundo tá dizendo “vai faltar água, a água vai se acabar”. E, nessa época eu não estarei mais viva, mas meus netos tá, meus bisnetos [Sra. MXR].

Agora quanto à água de beber eu uso aquela Naturágua não uso outra [Sra. EP].

No tocante à preocupação com a água, tanto homens como mulheres colaboram os autores, como: Barros e Carmo (2007), cujos estudos enfatizam a água como sendo um dos grandes problemas de saúde enfrentados pela população brasileira, desafio do século, passando por questões econômicas, sociais e culturais; Loureiro (2006), com a necessidade da educação ambiental; e Ramos (2004), no

sentido de dividir responsabilidades com o Estado no concernente à promoção do bem social.

No relacionado à utilização da água em domicílio todas as mulheres têm a concepção de serem, as responsáveis pelos serviços domésticos. A própria mulher percebe como tarefas femininas: o cozinhar ou fazer a comida para a família, o cuidar da casa, lavar roupas ou louças na mão ou na máquina, entre outras:

Aguou minhas plantas, lavo a louça, lavo roupa, cozinho [Sra. MOR].

Tem que lavar. Se for a verdura verde é pezinho por pezinho, lavado um por um porque tem areia, né? Pra ser bem lavado. Se for a alface tira todas do pauzinho aí vou lavando folha por folha e a água vai consumindo né? Tudo é com a água [Sra. MXR].

[...] cozinho com a água da CAGECE [...] banho [...] lavar roupa, tudo que for preciso fazer numa casa a gente faz com a água [Sra. MB].

Como evidenciamos, as mulheres pactuam com os autores na questão de gênero no referente aos papéis que conferem ao sujeito qualidades dignificantes da identidade, como os sentimentos a serem enaltecidos; é parte das qualidades invisíveis do ser que se anulam (WINCH et al., 1994; BRITO, 2000; GIFFIN, 2002; LABEL, 2003; FERRIGNO, 2006).

De acordo com o observado, que historicamente e culturalmente, segundo as falas das mulheres, os trabalhos da casa foram de responsabilidade da mulher. Talvez até como identidade, por isso, ser comum, por exemplo, o comportamento da Sra. LM, que sempre esteve à frente de sua época. Revela com satisfação que apesar da idade e do problema sério de coluna que a deixa sem força para se manter numa postura vertical até mesmo com a ajuda de uma bengala, ela se supera e consegue realizar pequenas tarefas domésticas. E isso parece dar significado à vida dessas mulheres idosas, não somente à Sra. LM:

Bom, é só no banho, alguma roupinha, porque eu lavo pouca roupa, alguma coisinha... uma roupinha [...] Faço um café[...] [Sra. LM].

Muitas, muita planta no quintal, muita planta na frente, são aguadas um dia outro não [...] Nenhuma planta com água [Sra. FGS].

Para os homens os serviços domésticos, consoante chamado por um deles, são atribuições da mulher. Assim, no máximo passa a ideia ou sentimento de

ajuda à mulher e às vezes podem fazer a comida, regar uma planta, lavar uma louça, aqui e acolá, e botar água no filtro:

Às vezes eu faço até comida. Até serviço doméstico [Sr. JAR].

Lavar uma louça aqui acolá. [...] Aqui, acolá eu também lavo uma roupinha também, mas nunca caiu minha mão por causa disso não, tá certo? [Sr. JS].

Boto a água no filtro [Sr. ASG].

As falas dos sujeitos confirmam Winch et al. (1994), Brito (2000), Giffin (2002), Label (2002) e Ferrigno (2006) quando tratam das questões de gênero e afirmam que as gerações são produzidas pela cultura, ou melhor, o social constrói o homem e a mulher e determina os seus papéis nela.

Quanto à percepção do homem com referência às tarefas da casa, de modo geral está ligada à parte elétrica, hidráulica, lavar carro, entre outras. É o papel social do homem no contexto familiar e da velhice:

Aqui eu dou assistência à parte elétrica, parte hidráulica... [Sr. JSR].

O Sr. JSR complementa Heck e Langdon (2002) no entendimento do processo de envelhecimento ao afirmar proporciona variações que este estabelecidas socialmente nos diferentes grupos sociais de acordo com a visão de mundo compartilhada em práticas, crenças e valores.

O Sr. JAR colabora com orientações sobre infraestrutura e saneamento e refere-se a uma questão política, passando pela vontade política. Como ressalta, quando querem, fazem:

Isso é uma coisa que a gente deve ao Tasso Jereissati porque ele veio fazer um comício aqui pela primeira vez ele disse: "Eu garanto que dentro de seis meses José Walter tá todo saneado". No dia que ele disse que começava, chegou aqui o pessoal para fazer. [...] a tubulação da rua ela não é adequada pra pegar as duas coisas o detrito e a água fluvial, uma chuva pegar [...] Não se pode misturar, tem de ser dividido. [Sr. JAR].

Esta fala do sujeito corrobora: Ramos (2004) quando afirma que é no espaço municipal que a desigualdade se mostra em toda a sua esperteza atribuindo a seus governos uma tomada de posição na busca de respostas aceitáveis, na medida em que lhes cabe a função, dentro do processo ampliado de produção

social. Em outras palavras, Ramos (2004) confirma o Sr. JAR quanto compartilhar responsabilidades também com o Estado no tocante às melhorias sociais necessárias à comunidade e fazê-las corretamente.

Ainda sobre os sujeitos, o homem também percebe a utilização da água como limpeza geral da casa, limpeza do carro, da caixa d'água. Ele se percebe ainda como provedor da família e suas falas mostram a relação de gênero e a divisão de tarefas:

Tenho [máquina de lavar]. Mas, isso aí é feito... a responsabilidade é dela [Sr. JS].

[...] todo mundo sabe que a água que é de casa é necessária. Como é que pode viver numa casa, tendo água assim sem se servir dela pra limpeza, pra tudo? [Sr. JOF].

[...] a gente faz com a água aqui é limpeza geral de casa. Eu faço alguma coisa, regar uma planta eu gosto sempre de fazer isso aí, jogar um pouquinho d'água no carro [...] Caixa d'água eu não costumo fazer, lavar porque já é um negócio um pouco complicado [Sr. JS].

Somente para beber, lavar algumas louças e banho. Uso muito a lavanderia que tem aqui para lavar as roupas de casa e minha. [...] Eu tenho uma pessoa que cuida de mim e minha casa que mora aqui ao lado. [Sr. JLM].

De acordo com as falas, o Sr. JS corrobora os autores quando se refere à mulher como a cuidadora e responsável pela casa e ele o provedor abordado. Essa questão de gênero é abordada na fundamentação teórica pelos autores Winch et al. (1994), Brito (2000), Giffin (2002) e Label (2002).

Nas memórias dos idosos sobressaem dificuldades vivenciadas por suas famílias no acesso à água quando chegaram ao bairro. Nesse sentido, tanto no Bairro do Parreão quanto no José Walter havia alguns problemas comuns com referência à água, como falta dela para o consumo diário da família. Também se incluem o acesso, o cuidado com a qualidade da água ingerida pela família e as práticas de prevenção ao risco de doenças como a dengue:

Era muito precária a água aqui. A gente tinha que acordar cedo pra conseguir uma aguazinha da torneira, às vezes vinha, às vezes passava dois, três dias sem água. Era muito difícil a água aqui, muito difícil. A gente fez até, inclusive, uma cacimba, nós ainda temos essa cacimba. A gente só vedou, mas ela tá ali que no caso assim de uma seca, uma coisa a gente pode ativar [Sra. MB].

Quando [água] faltava a gente ia pegar na vizinha, fervia a água, depois de ferver botava no filtro. O cuidado que a gente tinha era esse, é tanto que aqui graças a Deus nunca teve [a dengue] [Sra. MNMS].

Era pote e filtro. Nesse tempo minha mãe era viva e ela botava água de um dia para o outro no pote e quando ela ia botar no filtro ela coava com um paninho [Sra. MNMS].

Tanto ela achou que a água não prestava que ela pegava e botava [penico na água], mas não era assim não, a gente esgotava, mandava esgotar a cacimba. Também era assim, no inverno ficava bem cheinha, mas no verão ficava bem sequinha [Sra. MPVA].

Consoante as falas, as senhoras ratificam Barros e Carmo (2007) e Araia (2009) quando alertam para essa preocupação com a má utilização da água e o impacto dessa utilização sobre a saúde do planeta e das próprias pessoas. Este é o desafio dos brasileiros nesse novo século.

Percebemos também a solidariedade da comunidade carente trazida pelas mulheres nos momentos de grandes dificuldades segundo as memórias resgatadas pela identidade dos bairros:

Naquela época tinha na Expedicionários um cidadão que ele tinha CAGECE, aí ele dava água pra gente. Como não tinha esses muros, ele botava uma mangueira, a gente tirava água da mangueira. [...] Dava duas latas d'água, o que a gente usasse pra beber [Sra. MSLO].

Aí minha vizinha, ela pediu a água da CAGECE. E a gente não fez o pedido porque a gente não tinha condição financeira de fazer o pedido da Cagece. Aí, ela ficou fornecendo a água pra gente [Sra. MSLO].

Na minha cacimba eu ajudava meus vizinhos, todos [passado]. Hoje não... [Sra. EP].

Estas falas senhoras convergem para os autores que tratam das memórias vivas dos velhos podem ajudar na compreensão da utilização da água em domicílio com referência ao controle da dengue (PELIZZOLI, 2004; BRANDÃO, 2008; COSTA; MACIEL, 2009; COSTA, 2009).

Das participantes, sobressai a Sra. SS, meio apática com uma camisola simples, mas limpa, passando a impressão de ser bem cuidada, cabelos brancos e bem penteada sentada no sofá aparentemente assistindo televisão e com um pouco de dificuldade em interagir na pesquisa. Seu olhar, é triste, talvez por ter perdido o marido, que morreu em 2002 com 92 anos. O casal foi feliz segundo a sobrinha por 25 anos e quando ele morreu a Sra. SS veio morar com a sobrinha para não ficar sozinha porque o casal não teve filhos. O cuidar de si, as dificuldades da própria velhice diante dos desafios da dengue e a relação com o uso da água para a

promoção da saúde e práticas de prevenção ao foco de dengue são narrados pela Sra. SS:

Lavo roupa, lavo louça, o piso eu não posso lavar porque eu não posso mais tá agachada, tomo banho [Sra. SS].

A Sra. SS complementa o autor quando evidência o risco de deficiência física ou mental que dificulta a execução de atividades diárias da pessoa idosa (WHO, 2005) no no tocante ao autocuidado, ou mesmo à motivação pela vida. Consequentemente, tudo isso acaba afetando a qualidade de vida do sujeito.

Já o caso da Sra. MSLO está registrado no diário de campo. Trata-se de uma senhora muito atenciosa de 73 anos e seu marido de 86, 56 anos de união bem-sucedida. Contudo, quando explicamos sobre a pesquisa, ela nos disse que o seu marido teve um coágulo no cérebro e ficou com sequelas da cirurgia que ocasionou perda na memória e no raciocínio. Por isso não teria condição de responder a pesquisa. Até aqui tudo bem, mas, enquanto conversava com a Sra. MSLO, Cloves e Sônia, agentes sanitaristas que me acompanhavam, aproveito o momento para fazer uma vistoria na casa. E aí lá vêm Cloves e Sônia anunciando terem encontrado larva do mosquito da dengue. Como o marido da Sra. MSLO gosta muito de pintar e costuma deixar o pincel com água, acabou produzindo a larva da dengue no depósito do pincel. Paramos um pouco de conversar e fomos registrar o ocorrido:

O uso da água eu acho que a água deve ser usada para os afazeres de casa e se puderem economizar vamos economizar que eu acho um dos dons mais preciosos da vida [Sra. MEGF].

Como percebemos, os desafios da longevidade humana mencionados pela Sra. MSLO exige a construção da rede de recursos humanos preparados para lidar também com o familiar que cuida desse idoso dependente pelo processo de demência (CALDAS, 2004; WHO, 2005).

Outros participantes enfatizam valores espirituais, os quais lhes dão suporte no dia-a-dia. É interessante, por exmplo, a manifestação trazida pelas mulheres retratadas no discurso da Sra. MPVA com referência à fé e crença em Deus, observada igualmente nos domicílios e conversas das Sras. ML, 83 anos, MNAL, 82 anos, EP, 74 anos, SFS, 72, MEGF, 71 anos, MNMS, 62 anos, anos que separam um local específico ou altar para os santos nas suas moradas:

A água benta. Só tomo meus remédios com água benta e eu tenho muita fé. Os programas desses padres que evangelizam pela Dom Bosco, pela... O padre Marcelo como é?... Na Globo, eu acho que é na Globo e o Manzotti é na FM. Então, quando primeiro benze aí eu guardo as águas. Dia de domingo eu acho ruim é a maior economia, todo mundo quer beber a minha água [Sra. MPVA].

A fé e a crença, ou mesmo a espiritualidade na velhice, citada pela Sra. MPVA, devem ser valorizadas pelos profissionais no atendimento à saúde do idoso. Com isso, ratificam autores como Saldanha e Caldas (2004) nessa busca de ver o idoso como um todo e que interagem com essas questões. É também necessário ouvir e compreender as histórias de vida desse idoso, na convivência com Manen (1990), Olmos (2004), Pineau (2006) e Lima et al. (2009); que abordam a temática. Essas crenças e valores deveriam ser também conectados, como afirma Capra (1982), à história de vida e à doença adquirida para melhor compreender o significado da fé na cura e promoção da saúde do idoso.

O profissional trabalhará melhor se entender e respeitar essa singularidade do idoso. As falas complementam, ainda, Cupertino e Novaes (2004) segundo os quais a sociedade moderna, em diferentes momentos, tem evitado o debate sobre a espiritualidade relacionada à saúde ou à qualidade de vida, buscando, muitas vezes, simplificar as vivências humanas para evitar o confronto de ideias. Convergem, também, para Cupertino e Novaes (2004) ao ressaltarem que na cultura caracterizada pela busca incessante da produtividade e do material, muitas vezes pelo consumismo, não há espaço ou credibilidade para se refletir sobre a espiritualidade e as implicações dela no envelhecimento saudável (CUPERTINO; NOVAES, 2004).

Nas falas a seguir, há divergência entre as mulheres quanto a visão e atitude. Mesmo sem acesso à educação formal de ensino por inúmeros motivos, como é o caso da mãe da Sra. MNMS, uma tem noções de limpeza e segurança na utilização da água para consumo da família e a outra não. Ambas na mesma comunidade, passando igualmente por dificuldades, divergem em atitudes de prevenção à saúde, como é o caso da vizinha da Sra. MPVA, que coloca o penico do filho na cacimba para pegar água:

É. A gente tinha medo das águas. É tanto que eu não usava a minha cacimba. Tirava água assim com a mão da cacimba, enchia. Tinha uma vizinha que metia o penico dentro, dos meninos [Sra. MPVA].

Não, nós não fizemos [cacimba]. Mamãe não quis fazer por causa das fossas porque ela disse que ali podia ser contaminada... Minha mãe [não tinha muito estudo] era uma mulher muito sábia [Sra. MNMS].

Essa conjuntura referida pela Sra. MPVA encontra-se respaldo em autores Ayres (2007) e Benevides (2009) quanto à importância da compreensão do contexto estr conectada à singularidade dos sujeitos e em Morin (2007), na coerência do pensamento complexo que contém a diversidade e também permite compreendê-la e assim conseguir efetivamente intervir na saúde coletiva dessa comunidade. Entretanto, a diversidade deve ser pensada e fundada sobre a coerência e a compreensão (MORIN, 2007). A compreensão da singularidade do sujeito trazida pelos mencionados autores leva confiança das incertezas de condutas inseguras como colocar o penico do filho dentro da cacimba usada para o consumo familiar. Esses autores colaboram na religação da cultura à ciência como possibilidade de mudança de hábitos e costumes individual e coletivo dos sujeitos.

De acordo com depoimentos das mulheres, nem sempre o bom poder aquisitivo determina uma consciência ecológica e o respeito à responsabilidade social com a água tratada para o coletivo:

Enquanto uns economizam, outros não porque tem residência aqui que tem de três carros, são proprietários de três carros e eu já vi várias vezes às pessoas lavando seus carros aqui nas calçadas [Sra. MXR].

[...] vou tomar o meu banho [...] ali quando eu saio já vou limpando meu banheiro, já vou botando a Quiboa, se eu vou lavar uma roupa o resto do sabão eu joga dentro da privada, dentro do sanitário que aquele sabão já vai ser aproveitado pra limpeza do sanitário. Eu não joga aquele sabão fora, aquela água de sabão fora, eu joga dentro do esgoto que é tapadinho, depois eu tapo tudo bem direitinho. [Sra. MNMS].

Essa ideia colabora com os autores: Silva Neto e Atella (2009), no referente a estimular a consciência ética em conjunto com Calvasina et al. (2011), numa análise eco-bio-social, e Morin (2007), e Ferreira et al. (2009), na construção de saberes e práticas culturais, entre outros na construção de novos valores de promoção à vida. Tudo isto no rumo de uma educação a partir do saber popular ligada à questão do eco-bio-social para o combate a dengue e/ou respeito às riquezas naturais como a água.

Percepção, contradição ou diferentes discursos entre as mulheres residentes, 33 anos de moradia, como é o caso da Sra. MXR, semelhante ao da

maioria das mulheres que percebem desperdícios de água na comunidade, e da Sra. MI, moradora há dez anos achando normal a utilização da água pela comunidade. As falam trazem mais reflexões sobre a limpeza e a higiene como ações humanas de prevenção a doenças vetoriais:

Usa sim [água a comunidade]. Não vejo desperdício de água aqui não. Usa tudo normal. [Sra. MI].

[...] uma caminhonete com muito queijo e logo após descarregar os queijos ele tem que lavar porque escorreu muito soro pela calçada, e se ele não lavar amanhece o dia cheio de mosca. Eu acho até que por um lado é bom e o outro é ruim, bom pela limpeza, ruim porque ele tá utilizando essa água que podia servir pra outras coisas, economizar pro nosso futuro [Sra. EP].

*Eu uso [água] pra higiênica [Sra. MXR].
Pelo menos aqui na minha rua só tem essa casa aí que não cuida bem [da higiene] [Sra. SFS].*

Os discursos das mulheres também alertam para a necessidade de mudar a cultura de não cuidar do lixo e do desperdício da água pela comunidade. E reconhecem o valor do trabalho dos agentes sanitaristas com a comunidade para o controle da dengue.

Como dependemos, as idosas revelam um carinho, uma confiança e se identificam com os agentes sanitários locais. No entanto, os homens parecem ser um pouco mais profissionais que as mulheres. Elas se aproximam e criam uma afinidade maior com o agente sanitário, como se fosse da família. Isso também foi observado no diário de campo mediante conversas informais com ambos os sujeitos:

Quem limpa [caixa d'água] é o Cláudio que é da SUCAN. Tudo é com o Cláudio [Sra. EP].

Na fala a seguir, a Sra. MNMS traz a memória do idoso na compreensão da melhoria na qualidade de vida da comunidade no geral por meio da facilitação ao acesso à água de qualidade e quantidade necessária através dos anos nos bairros:

Hoje é bem mais fácil! A água é bem mais fácil! Como é bem mais fácil [Sra. MNMS].

Desse modo, a Sra. MNMS corrobora Olmos (2004), Bianchi (2009) e Costa (2009) quanto a memórias compartilhadas por idosos ligadas à promoção da saúde e de escuta ao idoso.

Em síntese, homem e mulher veem as divisões de tarefas como questão de gênero. O homem quando faz algum serviço doméstico é apenas a título de “ajudar ou de favor à mulher”, e a mulher assume essas tarefas reconhecendo como se fossem só delas.

As mulheres têm muita preocupação com a água de beber assim como a grande maioria dos homens aqui estudados. Por isso não consomem água de beber quando é proveniente de garrafões de origem duvidosa ou vem direta da torneira da CAGECE. Conforme os homens a água da CAGECE é segura quando se usa equipamento como o tipo Superzon. Para parte das mulheres, além desse, há o tipo Europa, enquanto outras utilizam filtro de louça para consumi-la e a maioria tanto homens e mulheres ainda compra e utiliza água de garrafão. Apenas a água da marca Indaiá e Naturágua, mais usadas pelas mulheres, e a Indaiá ou Neblina, pelos homens são reconhecidas pelos sujeitos como seguras e existe confiança na qualidade da água pela grande maioria deles.

4.6 ESTRATÉGIAS POPULARES DE IDOSOS NO ENFRENTAMENTO DA DENGUE

Consoante mostra o estudo, homens no geral têm como principal estratégia de enfrentamento à dengue no tocante à utilização correta da água, conforme depoimento:

O rapaz da Superzon instalou, de seis em seis meses é trocado o filtro, [...] e tudo bem. [...] água para beber tem que ser muito bem tratada porque ela é uma saúde, né? [Sr. JAR].

Embora os participantes se preocupem com a água de beber, não fazem o mesmo, com a água destinada à limpeza da casa ou pessoal. Para esse fim pegam água direto da torneira da CAGECE. Eles duvidam da qualidade água da CAGECE para ingerir direto da tubulação ou torneira e hesitam em beber água dos garrafões de água sem saber a procedência destes. Por isso, que um prefere comprar e instalar purificador de água como o tipo Superzon, outro o filtro de louça. Contudo, para quatro dos seis homens, a utilização mesmo é o garrafão de água.

De acordo com as falas, as percepções das mulheres com referência às estratégias populares de enfrentamento à dengue são de medidas preventivas.

Surge daí algumas categorias como a promoção à saúde do idoso através de mudança de atitude e medidas simples de prevenção quanto à utilização d'água em domicílio, como exposto:

Eliminei. Eu gostava de plantinha com água pra enfeitar. É tanto que eu não faço mais de jeito nenhum [Sra. MPVA].

Eu gosto muito de botar aqueles sprays nos esgotos, veneno de barata nos esgotos, acho que seja uma prevenção também pra dengue. Mata o mosquito [Sra. MPVA].

Evitar água parada... [...] Não deixar água na vasilha, não deixar garrafa de boca para cima [Sra. LM].

Eu previno demais, tenho o maior cuidado, no meu quintal ela viu aí não tem nada que tenha água empoçada. Minhas caixas é vedada por causa disso aí, porque eu tenho muito medo. Se eu tiver outra aí... [Sra. MXR].

Não deixo nada com água, não gosto. Nem planta, nada, eu não tenho nada [Sra. MI].

A percepção das mulheres sobre a prevenção colabora com alguns autores nessa perspectiva, como Assis (2005), em sua visão de envelhecimento ativo e a promoção da saúde, complementando e compartilhando com os pensamentos de Sales e Caprara (2006), nas ações educativas para a prevenção e controle da dengue. Converge também para WHO (2005), Santos, Crepaldi e Ramos (2006), com políticas de saúde para promover o envelhecimento ativo mediante desenvolvimento da autonomia do idoso. No termo prevenção há um conceito claro de antever, ação que antecede para evitar um acontecimento previsível e não almejado. Na Gerontologia, os cuidados preventivos visam a promoção da saúde e a prevenção de doenças com o objetivo de manter ao máximo a capacidade funcional do idoso. Segundo a literatura, o envelhecimento bem-sucedido é possível por meio da prevenção e promoção da saúde (SALDANHA; CALDAS, 2004). Nesse raciocínio, esse estudo mostra os vários discursos na busca de garantir a saúde através de medidas preventivas à dengue.

Todos os homens e mulheres afirmam ter providenciado a vedação da caixa d'água como também a limpeza e manutenção. Um homem chega até a sugerir deixar de usar caixa d'água para evitar problema com ela. Segundo afirma, o óleo diesel nos ralos é uma das medidas mais seguras para evitar o foco da dengue neles, conforme depoimento a seguir:

Limpeza e evitar água parada. Tem também o trabalho dos agentes sanitários que deixo fazer o seu serviço em minha casa. Evito qualquer coisa que acumule água, não tenho caixa d'água e coloco nos ralos o óleo diesel [Sr. JLM].

É. Eu subo lá e lavo e vedo novamente [caixa d'água]. De duas vezes por ano tem por obrigação de fazer a manutenção, manutenção é de lavar, né? Lavar tudinho direitinho [Sr. JAR].

Na opinião do Sr. SRA, é preciso evitar água parada, as plantas deverão ser com adubo e não com água, ou mesmo evitá-las dentro ou fora do domicílio. Ele também reconhece a importância de manter o quintal limpo e organizado, colocar sempre as garrafas e vasilhas emborcadas, pneus e por onde passar recomenda guardá-los e os mantê-los secos:

Não ter planta com água. [...] É prevenir-se com água limpa ou poços no chão. Olhar sempre garrafas, emborcar, vasilhas, pneus, pneu não porque aqui não tem carro, mas se eu ver por aí, eu tô sempre olhando, derramando porque o que a gente pode fazer fora de casa também ajuda. [...] Não deixo lixo descoberto [Sr. SRA].

Para o Sr. JS, ter um cachorro no domicílio requer cuidar bem dele. Desde a higiene na casa do animal, a limpeza, até ter atitude de utilizar saco plástico para pegar as fezes, colocando-as nos sacos fechados para em seguida ir ao lixo igualmente fechado para evitar o foco de dengue conforme o depoimento:

Eu crio um animal aqui, [...] mas assim que ele faz a necessidade dele eu já ando atrás dele com um saco na mão, pego, fecho e boto lá dentro. [...] Se você entrar na casa do cachorro você pode até dormir dentro se quiser. Todo dia eu limpo lá os bichinhos dele [Sr. JS].

De modo geral, os homens se preocupam com a limpeza detalhada dos banheiros dos domicílios. Têm o cuidado de colocar o lixo em depósitos ou sacos fechados pondo para fora somente no dia e hora de passar o caminhão de lixo:

Limpeza da casa, a gente tem os vasilhames de botar o lixo dentro, bota tudo aí o caminhão leva [Sr. JAR].

Ver sempre essa parte do banheiro se tá tudo direitinho, caixa d'água vedada, tá certo? [Sr. JS].

As mulheres também têm medidas de cuidado mediante atitudes simples e práticas preventivas como limpar a vasilha, aparelho sanitário, geladeira e pulverização para evitar mosquito no domicílio:

Bem [...] As medidas aqui [...] Eu gosto muito de limpeza. Não gosto de deixar vasilha com água. Acumular água em vasilha. Eu gosto sempre de limpar [Sra. MSLO].

Tenho muito cuidado, não ter nada de água empoçada, vasilha no quintal, meu quintal eu tenho a maior higiene, quando eu vejo assim muita coisa eu já trato de botar fora. Têm ali uns aparelhos sanitários que o menino vive olhando, eu não gosto de coisa acumulada em quintal, o quintal já é bem pequenininho e se você acumular coisa é um foco [Sra. SFS].

Faço tudo que eu posso. Limpo, mantenho o meu sanitário limpo, até os esgotos eu lavo da minha casa. Não tenho plantinha com água já exatamente pra isso, pra evitar [Sra. MEGF].

Na geladeira eu sempre tive aquele cuidado de colocar o detergente de coco e a Quiboa com água e hoje eu faço a mesma coisa. E nos esgotos eu não deixo de ter na minha casa querosene, eu coloco querosene nos meus esgotos, duas vezes, três vezes por semana eu boto querosene e tampo [Sra. MNMS].

Eu faço muita limpeza e evito muito a água, essas coisas; [...] limpo minha casa sempre. Pulverizo sempre por causa de mosquito, muriçoca, essas coisas [Sra. MI].

Como notamos, as preocupações das mulheres estavam mais ligadas no sentido de manter a sua saúde e a família a partir de medidas de autocuidado influenciadas pelos problemas básicos promovidos por questões econômicas e psicossociais:

O ralo da nossa pia ali de fora, da lavanderia, ele é coberto. Tem um outro ali debaixo da pia, também ele é coberto. Até mesmo por causa das muriçocas. Então o que é que a gente faz? Quando chega de tarde a gente tampa todos os buracos das pias; o nosso banheiro aqui meu e da minha cunhada ele é daquele ralo que a gente fecha. A última pessoa que tomar banho fecha. Exatamente pra evitar porque ela já teve. Aqui nós temos problemas que não podemos tomar medicamentos, acho que é por isso que Jesus me ajuda também porque eu sou alérgica [Sra. FGS].

Na minha casa eu não ajunto água. Se eu juntar o mais que passa no camburão se faltar água é três dias. Eu vou lá pro quintal, tiro a roupa e tomo banho com ela todinha. Pronto [Sra. MOR].

Tampar a caixa d'água e na geladeira não tem água, no geláguia eu coloco naquela tampinha uma panelinha para quando correr a água, quando for abrir a torneirinha pra tirar água não juntar água para o mosquito não [...] Aqui nunca tem [foco], na minha casa nunca teve dengue não [Sra. EP].

Como evidenciamos, as preocupações das mulheres confirmam os autores que abordam as medidas de autocuidado da pessoa idosa influenciadas pelos problemas básicos econômico, social, segundo Kalache, Veras, Ramos (1987), e a questão da educação ambiental para o controle de doenças como a dengue (CAPRARA; LIMA; CALVASINA, [2011?]). Revelam o esforço de mudança

de hábitos e atitudes de vigília à comunidade e ao próprio domicílio com vista a prevenir focos de dengue nos ralos, plantas no quintal, caixas d'água e na fachada da frente da moradia. Principalmente porque no caso da Sra. FGS, que é alérgica a medicamentos, e da Sra. EP, que teme a doença por ter consciência do perigo desta em relação à saúde. Revelam também do medo suas crenças, por isso, como afirmou a Sra. FGS, Jesus a protegeu por saber da sua alergia, pois num episódio desses seria muito difícil resistir à dor e outras complicações provocadas pela dengue sem medicação.

Ainda conforme as falas, o Sr. JAR alerta para não misturar tubulações de águas pluviais com as de esgoto. Ele realmente tem razão porque essa mistura é um crime contra a natureza, contamina lençóis freáticos, rios, lagos. Por onde a rede passar, se ocorrer algum vazamento através de algum acidente na rede de esgoto, é fatal a contaminação. Eis a fala:

Não pode misturar, tem que ser dividido [tubulação de águas pluviais]. Tem muita casa aí que é misturado, bem aqui numa casinha bem aí ta misturada. [Sr. JAR].

Nessa perspectiva, o Sr. JAR colabora com os autores: Lenzi (2000), Giffin (2002), Camarotti e Spink (2003) no tocante à pobreza, desigualdades e moradias precárias com carência de serviços de saneamento básico. Assim sendo, contribuem diretamente para doenças vetoriais como a dengue.

Ademais, reconhece a importância do povo valorizar e participar mais da política e afirma:

Política no Brasil se 5% do povo brasileiro soubesse o que era política, o Brasil era outro. [Sr. JAR].

As palavras do Sr. JAR corroboram com Moura et al. (2004) no processo contínuo de empobrecimento, motivado pelos efeitos econômicos, políticos e sociais diante de um povo pacato. De certo modo, acabam convergindo também nas políticas públicas de atenção e cuidado com o idoso, segundo Albuquerque (2007).

Para os participantes, a comunidade precisa cobrar mais um do outro esse cuidado com a limpeza e evitar foco de dengue em suas moradias. Não adianta ter cuidado se o vizinho não tem. É necessário, antes, um trabalho com a

comunidade para que todos desenvolvam essa consciência e compromisso em combater a dengue através da limpeza e organização.

[...] não adianta a gente ter o cuidado de casa e o vizinho não ter e o outro vizinho não ter. [...] Se o povo fosse consciente, o mundo era outra coisa [Sr. SRA].

Pode até alguém dizer a mesma coisa que eu tô dizendo, quer dizer, eu tô falando por ele, ele pode falar por mim também. Eu tô dizendo que ele não cuida, ele pode dizer que eu não cuido. É até bom fazer isso, de qualquer maneira um corre atrás do outro [Sr. JS].

Na percepção dos homens, a população tem de colaborar mais com os agentes sanitários principalmente quanto a seguir suas orientações com vistas a desenvolver um trabalho mais rápido e ampliar o seu raio de ação coletiva. Todavia, segundo um deles, a população é consciente e colabora:

Porque aí os guardas da SUCAN ficavam só no campo, né? Mas, aí eles se concentram só numas casas porque o pessoal não obedece [Sr. SRA].

Já pensou a senhora me orienta aqui faça assim, assim, e aí depois vou fazer do mesmo jeito que antes que eu não tinha orientado[...] Sem compromisso [Sr. JOF].

Bem, as pessoas são bem conscientes, aceitam bem os agentes sanitários – SUCAN e os agentes voluntários fazem um trabalho para evitar a multiplicação do mosquito [Sr. JLM].

A Sra. MB traz um somatório de crença, solidariedade e perseverança entre vizinhos articulada com os agentes sanitários na prevenção e controle à dengue nas pessoas idosas e a comunidade onde está inserida:

74[anos]. Mas, olha a gente conscientizou tanto, tentou tanto pra conscientizar essa criatura, ela não queria de jeito nenhum porque Deus ia livrar ela. Sim mulher eu sei que Deus livra a gente [...] Então, a gente conversava muito com ela, mas ela não queria, eu não sei como ela te aceitou. E ela teve a dengue. Pense! Ela teve a dengue e sofreu como eu, mas só que eu toda vida abri minhas portas, eu nunca deixei de receber, eu sempre tive os cuidados que me informaram, eu sempre procurei ter [Sra. MB].

Como percebemos, a ocorrência da Sra. FFA, exposta a seguir nos revela que no caso da dengue não basta só ter a consciência e conhecimento das medidas preventivas. O cansaço do cotidiano ou esquecimento levando ao descuido anula todo um trabalho de cuidado dia após dia e pode expô-la, sua família e comunidade ao risco da dengue:

Eu gosto de limpeza, eu não gosto de areia, eu não gosto de coisa, a chuva caindo em cima ali, vasilhame. Porque se chover hoje e cair um negócio ali, uma água, e deixar três, quatro dias pode vir que já tem larva. Não sei se da dengue,

mas de qualquer outro tem. Então isso aí, aqui não acontece. Isso aqui, vocês me pegaram de calça curta. Essa noite eu botei essa aguazinha aqui, aí quando eu chego eu pego um pano de chão e faço assim, espremo ele aqui. E muitas vezes nem precisa porque quando cai de cima, mais essa aqui porque foi mais, mas quando é pouquinho que eu boto só aqui no olhinho dele o sol da tarde já seca, né? Aqui dá um sol danado. Por isso que ela tá assim amarelinha. Tá com uns dois dias que eu não lavo, quando eu lavo aqui eu lavo tudo [Sra. FFA].

Dessa forma, a Sra. FFA colabora com Sales e Caprara (2006) quando asseguram que são muitas as questões críticas ligadas ao controle da dengue, tanto do ponto de vista biológico, ambiental, quanto do social, que interagem entre si. Nesse sentido, conforme o estudo, qualquer pessoa poderá passar por momentos de “calça curta”. Isto significa pegar indícios propícios à criação do foco da dengue, podendo, assim, complicar a vida de pessoas como a Sra. FGS que é alérgica a medicação.

Consoante ressaltam as falas, o casal de idosos em seu cotidiano desenvolve naturalmente estratégia de combate à dengue, estimulando a consciência ético-ambiental nas pequenas ações no seu dia-a-dia:

Também gosta de limpar [Sra. MSLO se referindo ao marido dela]. Ele gosta muito de limpeza. Inclusive quase toda a tarde um dia sim, um dia não, ele tá limpando a rua lá fora. Varrendo, limpando. Ele gosta muito de limpar, varrer os lixos. Reclama porque o pessoal bota os lixos antes do dia [Sra. MSLO].

Tem uma cachorrinha, [...] ela é muito bem cuidada por ele, que é dele, ela é o animalzinho de estimação dele. Mas eu tenho vontade que ele desse caminho a essa cachorra porque eu tenho medo [Sra. SFS].

De acordo com o exposto, o casal de idosos confirma os autores relacionado à consciência ético-ambiental mencionada por Pelizzoli (2004), no seu agir ecológico para a promoção da saúde do casal e a comunidade dentro de um contexto eco-bio-social, complementando com a autonomia e responsabilidade mútua afirmadas por Ayres (2007).

Por sua vez, as mulheres trazem outras atitudes adotadas na prevenção à dengue, ligadas ao cuidado com o lixo, reclamação com os vizinhos sobre o lixo fora do dia aprazado ou lixo ou em terreno baldio:

[...] eu não sei por que não tem cuidado não, lixo fazem é jogar assim. Às vezes fica um lixo podre aí. Tem vizinho que devido não ter tempo porque até esse negócio de couro de galinha eu deixo no congelador. Eu acho que nós aqui temos cuidado total em tudo devido também a experiência que a gente tem, os anos de casado, tudo isso a gente já aprendeu. Mas os vizinhos novos que trabalham

pegam os couros de galinha não bota sal, não bota nada, bota aí no lixo e joga [Sra. MPVA].

Ele gosta muito de limpar, varrer os lixos. Reclamar porque o pessoal bota os lixos antes do dia [Sra. MSLO].

Se colocar os lixos na rua, os catadores de lixo vêm e rasga os sacos, deixa o lixo espalhado. Também os gatinhos da rua também fazem isso, cachorro [Sra. MSLO].

O lixo é um problema sério, né? [...] Ali na igreja tem dias que a gente não suporta porque a fedentina é demais, coisas podres que as pessoas jogam ali, naquela esquina ali que tem aquele negócio do caranguejo, a rua ficava podre, podre, ninguém sabia o que era. Foi um dia eu vi um homem passando assim mais de dez horas da noite com um saco né? Aí eu perguntei o que era ele disse que era o caranguejo. Aí tá explicado. Era o que apodrecia a rua todinha. Eu falei com ele e ele parece que falou com o dono, lá né? [Sra. MB].

Jogava no terreno baldio. [...]. Mas, depois que eu falei com esse senhor que vinha deixar, ele falou lá, reclamou e ele parece que ele deixou de botar [Sra. MB].

As queixas das mulheres sobre o lixo colaboram com os seguintes autores: Lévis-Strauss (2009), ao afirmar que o ser humano não foi o primeiro habitante e nem é privilegiado do universo como muitos julgam ser, mas como espécie passageira apenas alguns traços da sua existência quando estiver extinta. Complementamente ao pensamento de Lévis-Strauss, entra Pelizzoli (2004), ao alertar para o desenvolvimento de uma consciência ético-ambiental e, ainda, Andrade e Brassolatti (1998), ao discutir a educação da sociedade como desafio e controle da dengue para dialogar e compreender os discursos dos sujeitos nesse contexto eco-bio-social.

Como observamos, a visão da Sra. SFS difere das demais mulheres pesquisadas, até nas da própria rua onde reside, mesmo com condições sociais bem equivalentes, quando afirma:

É. Por sinal, quando você passar na calçada você já observa. Mas todo mundo aqui tem cuidado com seus lixos, é tudo amarradinho nos dias certos que passa o carro [Sra. SFS].

De modo geral, as mulheres culpam a população por jogar o lixo nas ruas e defendem a prefeitura. Algumas, porém, culpam a prefeita e, cobram a manutenção da limpeza coletiva, enquanto outras agradecem a Deus pelo “Sanear”, dela passar em sua casa. E outra ainda a Deus e à CAGECE e também pelo “Sanear”. Isto revela como são fortes o valor e a crença em Deus na vida cotidiana dessas mulheres idosas e suas contradições:

Da dengue. Porque tem muita gente que não tá nem aí. Você vê que o pessoal “ah! culpar a prefeita porque a prefeita é isso, porque a prefeita é aquilo, porque a prefeita não limpa”. Limpa, ela manda limpar, só como a gente tira pela avenida aí, limpa, daqui uns três dias você passa já tá cheio de lixo de novo. E na época do inverno, aí piora. Eu sei que ela não é das melhores prefeitas, mas também vamos ser justas também com as coisas [Sra. MXR].

Mas, graças a Deus eu passei por todas as dificuldades, mas fiz isso que valeu a pena que foi pra assentar o Sanear na minha casa pra não ter mais problema. Tudo isso é importante [Sra. FFA].

O meu, tudo eu faço bem direitinho. Mas, passei por pedaço difícil. Que hoje eu agradeço a Deus, agradeço a CAGECE, eu agradeço por ter tido essa condição de botar água, de fazer meu Sanear que era uma coisa que a gente achava ruim demais. Quando tinha que chamar esse carro eu já pensava não era em nós, era no vizinho, aquele mau cheiro né? Aí veio essa benção né? Essa água boa, tratada. Pra mim tá bom demais, eu já posso morrer tranquila. Eu posso morrer feliz. Mas agora não! Agora eu digo meu Deus me dá mais um tempo que é pra eu poder usufruir. Pois é, já sou vó né? [Sra. FFA].

Essas mulheres ratificam Lucas (2006) nesse sentido quando este aborda as estratégias de sobrevivências que criam valores, crenças e visões de mundo surgidas do cotidiano e sujeitas ao movimento de formação da história do grupo e da ressignificação da própria história individual. Nesse contexto, segundo Lucas, refletem-se na saúde individual e coletiva dessa comunidade.

Também evidenciamos percepções contraditórias entre as próprias mulheres. Para a Sra MOR a “prefeita é marginal” por combater à dengue com o fumacê, o qual para ela não serve de nada. Já na percepção da Sra. MB quanto ao fumacê, este resolve mais que os produtos colocados em água parada para combate do mosquito.

Aqui não tem não [dengue]. Agora a primeira a ser marginal pra ajudar [...] a dengue é a prefeita. Quando chega no inverno é tudo cheio d'água aí, é tudo cheio de lama e ela não tá nem aí. Só botando esse veneninho na casa da gente que isso não serve de nada, quando não é aquele fumacê. Na noite que ela passa ninguém não dorme com muriçoca [Sra. MOR].

[...] eu gostaria de saber a coisa certa pra não ver nunca ninguém sofrer com a dengue. Mas, eu não sei, dos recurso até hoje que eu vejo assim, essa visita nas casas é uma coisa boa. Eu sempre pergunto como é que tá o [...] [bairro que mora], como é que tá aqui ao redor. Se tem muita dengue porque eu sei o que eu passei. Toda vida eu sempre pergunto, mas o que eu acho que melhorou um pouquinho quando a coisa tá feia é o fumacê mesmo. É o fumacê. Aquela coisinha que bota ali eu acho que não resolve muito não [produto que os agentes sanitários colocam na água]. Mas, o fumacê ela resolve mais [Sra. MB].

Em suas falas, as mulheres também ressalvam a contribuição da mídia e os agentes sanitários e de saúde como estratégia informativa e complementar à

prevenção a doenças como a dengue, sobretudo no sentido de promover as ações de saúde pública:

Todo dia a televisão tá mostrando, é papel, é sendo divulgado de todo jeito... Os agentes de saúde também orientam né? [Sra. FFA].

Até eu ter a dengue eu via muito escutar das preocupações das pessoas, que era uma doença tal, que apresentava... Que teve justamente teve uma época que a gente via na televisão todo dia se falando de dengue né? Da doença e tal. Mas, quando eu tive a doença foi que eu vi que a coisa é muito séria. Quando começou a morrer em tal lugar tantas vítimas da dengue. Aí quando eu senti os sintomas, eu disse no caminho quando eu ia pro hospital eu disse “minha gente eu não vou resistir”. Porque já fazia treze dias que eu tava naquele estado, sem comer porque dá um fastio que você não consegue, muito fraca, fui tomar o bendito dipirona. Quando bateu dentro começou as agonias da morte e a ânsia de vômito. Criou foi uma água no meu corpo que descia, era só enxugando com lençol e molhando, nem roupa eu não suportava. Aquela água desceu do meu organismo. O médico disse que eu fiquei toda descompensada [Sra. FFA].

Como apreendemos, o estudo complementam Lenzi et al. (2000) quando estes retratam essa questão da mídia e atividade de educação em saúde contribuindo no controle à dengue.

De modo geral, os discursos das mulheres quanto a utilização da mídia se direcionam para o cuidado no repasse de informações possíveis de gerar equívocos, culpar ou apontar culpados, revoltando a própria comunidade entre si. Ou, ainda, geraram atitudes precipitadas tal como de colocar o lixo fora sem esperar o dia e a hora do carro só para se livrar do lixo doméstico sem perceber que com as chuvas eles voltarão em forma de doença:

Eu acho a população a mais culpada dessa doença tá se alastrando, eu vejo na televisão coisas absurdas no quintal guardada, porqueiras guardadas no quintal, pra que guardar porqueira em quintal? Joga no lixo, bota dentro de uma sacola, o meu lixo é todo reciclado, eu faço assim, vamos supor que eu tenho esse horror de garrafa tudo cheia, mas quando seca eu pego uma sacolinha, coloco tudo dentro separado, o meu lixo é separado, a comida num saquinho, o papel dos banheiros noutro saquinho, as garrafas, aí eu pego vou amarrando e deixo aquela sacola que tem o reciclado amarradinho num cantinho pra quando a pessoa for puxar. E tem uma coisa, eu gosto muito de lavar, se eu trazer uma galinha, aquele saco da galinha ele não vai para o lixo suja, eu lavo com sabão, eu lavo com detergente, eu lavo com sabão OMO, aquele saquinho eu sacolejo ele, lavo ele e boto no lixo. Isso é pra prevenir que essa doença não volte pra minha casa. Eu não jogo nada, é um bolo, é um doce, se o saco tiver sujo, eu joga água dentro do saco. E toda noite eu tiro o meu lixinho, tiro ele e empenduro bem ali assim. Todo o dia eu tiro o meu lixo, não deixo um papel dentro de casa. Se aparece um ratinho eu faço de tudo pra arranjar um veneno, uma coisa [Sra. MNMS].

De acordo com o exposto, em síntese o estudo revelou vários discursos semelhantes e complementares tanto femininos como masculinos na busca da

promoção à saúde através também de medidas preventivas à dengue. A diferença está na quantidade e abrangência, pois as mulheres superam os homens, contribuindo com mais categorias, todavia, complementando-os e chamando mais autores para dialogar. Porém é bom lembrar: o grupo feminino é quase o triplo do masculino.

4.7 LIMITES E POSSIBILIDADES NA PREVENÇÃO DA DENGUE

Na ótica dos idosos, limites e possibilidades se definem no compartilhamento da responsabilidade. Eles até reconhecem que o maior responsável é a própria comunidade, a qual deveria manter mais limpo o *cluster* para prevenir o foco da dengue. Entretanto, num trabalho de conscientização de todos compartilhando responsabilidade social com os poderes público e privado nas áreas ecológica, ambiental e fiscal, a favor do bem da própria comunidade, como citam:

Acho que a responsabilidade maior é da comunidade e de cada um de nós se conscientizarmos do perigo que a dengue traz. [...] eu limpo aqui, mas meu vizinho não limpa ali. Aí a conscientização teria que ser de todos para o bem da nossa própria comunidade [Sra. EP].

[...] todo mundo ter os cuidados que é preciso ter pra poder evitar. Que você cuida bem da sua casa e o vizinho não cuida é mesmo que nada [Sra. SFS]

[...] eu fazer aqui minha obrigação e os outros não fazer. Aquelas vêm também afetar a gente, afeta lá e afeta os outros [Sr. JAR]

Principalmente essa lavanderia que ele fez tomando o quintal tudim, essa lavanderia é horrível. Eu boto remédio quase todo dia de barata não falta, de onde é que vêm as baratas? Talvez lá é muito mal zelado, os funcionários, essa coisas. Então, eu tenho certeza que esses ratos vêm daí [Sra. EP]

A única falta que eu tinha que acrescentar é que os órgãos da prefeitura deveria sempre fiscalizar [Sra. EP].

[...] uma ação bem eficaz por parte das autoridades que a gente vê que já faz, a gente vê que eles fazem o trabalho deles e conscientização mesmo do povo [Sr. JS].

Como depreendemos das falas, trata-se de um trabalho interdisciplinar. Atualmente, reconhece-se o papel da interdisciplinaridade, e em especial, no estudo da saúde, da velhice e das cidades, esta é importante para a mudança de pensamento. Pensamento do contexto que procure a relação de inseparabilidade e as inter-retroações entre qualquer fenômeno e o seu contexto. Pensamento do

complexo que apreenda relações, inter-relações, implicações mútuas, realidades que são simultaneamente solidárias e conflitivas (MORIN, 2007). De acordo com Andrade e Brassolatti (1998) a solução parece estar na fórmula final: ciência somada à educação para o enfrentamento e controle da dengue. Entretanto, no estudo em foco urge a mudança de pensamento do contexto e do complexo como sugere Morin (2007). É preciso, também, agregar a essa fórmula de Andrade e Brassolatti (1998) o poder, a responsabilidade do governo. Seria, então, a reforma de pensamento unindo a ciência com a vontade política associada ao investimento cultural, educacional permanente da sociedade, promovendo conscientização do papel e responsabilidade de cada um diante do sistema eco-bio-social. Isto levará a caminhos de combate à dengue mais efetivos, além de promover a agilidade no seu controle. É nesse âmbito que se produziu estratégias de enfrentamento à dengue na perspectiva popular. Desse modo, surgiram as propostas populares.

Para os idosos, a comunidade deve limpar e manter o quintal organizado, cuidar de latas, garrafas, vasilhas, pneus, material de construção ou reforma. Tampar todos os depósitos utilizados nos domicílios, e também evitar água parada, como mostram as falas:

[...] os seus depósitos tudo bem tampadinhos pra evitar a dengue [Sra. EP].

Garrafa com água a gente derrama. Emborcava [...] Era pra não promover o mosquito da dengue [Sr. ASG].

Dizia pra eles não deixar água parada. Não deixar sujeira [Sra. DSG].

Olhar sempre garrafas, embocar, vasilhas, pneus, pneu não porque não tem carro, mas se ver por aí, eu to sempre olhando, derramando porque o que a gente pode fazer fora de casa também ajuda [Sr. SRA].

Na percepção dos sujeitos, a comunidade deve contribuir com o trabalho dos agentes sanitários, deixando-os entrar nos domicílios. Todavia, deveria haver uma contrapartida do poder público para contratar por meio de concurso público os agentes, com prioridade para moradores da área de trabalho. Essa medida passaria um sentimento de segurança para o idoso, o qual, muitas vezes por estar sozinho, e se recusa deixar esse profissional entrar na casa por medo. Portanto, a contratação facilitaria a identificação e o controle da dengue:

A minha preocupação era com os vizinhos [...] Porque se eu cuido da minha casa e o vizinho não cuida? Não é? Tinha uma senhora ali, tinha não tem, ela não queria receber a visita do guarda nesse tempo [Sra. MB].

É isso aí que eu to lhe falando, procurando seguir as orientações do agente de saúde e evitando coisas empoçadas, evitando a água ali parada nos vasos, nas coisas [Sra. MVC].

Tinha uns guardas que olhava os potes não sabe? Com a lanterna assim ... Se tivesse alguma coisa ele botava um pozinho, botava na caixa d' água [Sr. ASG].

Os guardas tão ensinando tudo, tudo, mas quando sai aí eles não faz [Sr. SRA].

[...][as pessoas] aceitam bem os agentes sanitários – SUCAN e os agentes voluntários fazem um trabalho para evitar a multiplicação do mosquito [Sr. JLM].

Conforme notamos, essa é uma medida constante da proposta do documento produzido por Calvasina et al. (2007) para garantir a segurança dos moradores. O documento foi desenvolvido com base no estudo realizado em seis quarteirões do município de Fortaleza, no ano de 2005. Analisaram práticas comunitárias no tocante à gestão com a água e sua relação com a dengue, enfocando os aspectos socioculturais como parte do Projeto “Urbanização, dinâmicas comunitárias, responsabilidade política e a dengue em Fortaleza: análise Eco-Bio-Social”, promovido pela Universidade Estadual do Ceará, com financiamento internacional (IDRC, UNDP, World Bank e WHO).

Segundo os participantes reconhecem, a população deve colocar o lixo caseiro em depósito fechado e/ou saco lacrado, respeitando os espaços de vizinhança, e observando os dias e horários de recolhimento do lixo. Para eles, o lixo é visto como um dos principais aspectos a ser cuidado conforme suas falas:

Aí o pessoal vem e coloca um saquinho de lixo ali [...], eu vou lá e tiro e jogo dentro do meu lixo. Isso é que tem que ter um fim. Não tá tendo esse respeito, se eu moro lá no fim da 44 eu não tenho que vim botar o lixo na ponta da esquina, eu tenho que pegar o meu lixo, deixar na calçada, chamar a prefeitura e mandar levar, mesmo que pra isso eu dê até uma gratificação [Sra. MNMS].

Eu acredito que a comunidade é a principal de limpar, de botar água também nas suas casas, de botar o lixo, sacola de plástico pra não ficar com poça d'água. Eu acho que a comunidade é a principal [Sra. MXR]

Não deixar lixo descoberto. [...] O lixo da casa também é só o lixo de casa. [...] Na casa a manutenção é toda minha. Se tem buraco, se aparece um rato todo mundo corre logo pra mim [Sr. SRA].

A esses discursos acrescentamos uma sugestão: a possibilidade de compartilhamento, a médio e longo prazo com a vigilância sanitária mediante apoio

da população. Juntos, deverão desenvolver um projeto de conscientização e execução do recolhimento do lixo caseiro separados por materiais: plástico, vidro, papel e orgânico. As Regionais na sua corresponsabilidade e compartilhamento ao projeto devem equiparar os carros públicos para o serviço de reciclagem do lixo das comunidades nos *clusters*.

Na ótica dos idosos a comunidade deve colaborar com a prefeitura para manter limpos todos os bueiros das ruas e avenidas, e não deixar jogar dentro destes bueiros lixos e entulhos caseiros ou da própria coletividade:

E quanto a esses bueiros que quando chove que fica água, prejudicial, não é? Como nós temos aqui a boca de lobo [Sra. EP].

Você passa nos canais, é televisão, é colchão, sofá, tudo jogado dentro, essas coisas. Quem faz isso? A comunidade, a população; as pessoas não cuidam do seu próprio bem [Sra. FGS].

Da comunidade eu não sei porque não tem cuidado não, lixo fazem é jogar [...] Às vezes fica um lixo podre aí [Sr. SRA].

Para os sujeitos, um dos limites é o descaso das autoridades, na pessoa dos representantes oficiais. Estes deveriam dar mais assistência à comunidade como mostram algumas falas dos idosos:

[...] a tubulação da rua ela não é adequada pra pegar as duas coisas, o detrito e a água fluvial, uma chuva pega e alaga, mistura tudo. [...] Os esgotos do banheiro eram baixos, foi tudo... Eles quebraram, botaram aquelas caixas [...], os canos grossos tudinho e taí a caixa de visita fora. Eu acho que o conforto da gente não tem dinheiro que pague viver tranquilo [Sr. JAR].

Agora eu acho que a prefeitura deveria dar mais assistência aos moradores, quanto ao calçamento, o calçamento é zero. Foram fazer aí uns apartamentos e tiveram de fazer a drenagem pra consumo de água, esgoto e tudo, e nos prejudicou. É horrível! [Sra. EP].

Nesse sentido, como revelam as falas, o idoso sente que a vigilância epidemiológica deve verificar junto à CAGECE se há a separação das águas provenientes do esgoto e da chuva nos *clusters* conforme relata o Sr. JAR. Se não existir, agilizar o responsável para elaborar projeto de médio e longo prazo prevendo colocação e/ou ampliação de tubulações para esgoto e águas pluviais nos bairros. As tubulações devem manter inclinação adequada e a distância de segurança uma da outra, consoantes recomendação da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Estas águas pluviais residenciais devem ser ligadas aos canais para seguir

seu percurso natural ao oceano e a de esgoto deve ser antes ligada à estação de tratamento adequada para depois seguir o destino normal das águas. O serviço deve ser gratuito para aos moradores. Ao mesmo tempo, é preciso compartilhar, orientar e educar a comunidade quanto a esse cuidado nas novas construções ou reformas no intuito de respeitarem essas medidas de ligações corretas na rede pública. O primeiro momento será de orientação e educação da comunidade, logo em seguida, a construção e ampliação da rede pública, depois um *feedback* sobre o entendimento da orientação e educação da comunidade. Em caso de descumprimento da norma e mediante prazo preestabelecido, cabe aos infratores fazerem a correção, acrescida de multa.

Ainda como observamos, para os participantes do estudo, como mostra a fala da Sra. FFA, o Distrito Local de Endemias, em parceria com os moradores, deve manter e conservar limpas as calhas e caixas d'água vedadas dos domicílios nos *clusters*. Juntos, o Distrito Local de Endemias e suas Regionais de Fortaleza devem enviar seus profissionais das áreas de engenharia e arquitetura à comunidade para verificar a possibilidade de redução de calhas com segurança e conforto dos domicílios nos *clusters*:

Vamos dizer, uma calha como aqui houve aí no vizinho né? Uma calha... A criança dele quase morreu, foi por pouco. [...] Quer dizer, a calha empoçava água, tinha tanto que o homem disse que podia inventar coisa pra encher. Levava com uns tubos assim de lá... Quer dizer, não tá só na minha... Não é só o meu cuidado. Eu acho que todos os vizinhos [...] Eu acho que essa pesquisa deveria ser pra todas as casas. Não só pros mais idosos, mas pra todas as casas [Sra. FFA].

Muitas vezes os idosos diferem entre si nas suas próprias percepções de positivo ou negativo com referência à ação das regionais nos *clusters* para prevenir a dengue:

Logo aquilo não serve porque ele passa muito ligeiro. Uma embalada que parece que [...] Só serve pra assanhar as muriçocas. É como esse remedinho que botam na casa da gente. Isso é uma perversidade que fazem com os homens a com as mulheres no pingo do meio dia com a escada no ombro porque isso não serve de nada também. Serve não. Bota ali nas pias, bem não sai, a gente lava as coisas lá vai o remédio simhora na água [Sra. MOR].

[...]Toda vida eu sempre pergunto, mas o que eu acho que melhorou um pouquinho quando a coisa tá feia é o fumacê mesmo. É o fumacê. Aquela coisinha que bota ali eu acho que não resolve muito não. Mas, a fumacê ela resolve mais [Sra. MB].

Nesse sentido, vemos como possibilidade dessa reflexão que os participantes querem sugerir que a vigilância epidemiológica mantenha o controle de qualidade no atendimento aos serviços oferecidos à comunidade, como também compartilhá-los nos processos de realização, funcionamento e a importância deles para a saúde coletiva da comunidade.

Para a Sra. FGS, o problema da dengue é responsabilidade de todo mundo e da mídia hoje existente, exemplo da TV, como forma de passar orientações preventivas de conscientização:

Eu acho o seguinte: que esse problema não é nem [só] da nossa comunidade, esse problema é de todo mundo. [...] Conscientização total de todo o mundo, que não existe essa conscientização? Não é porque [...] As meninas vêm na casa conscientizar, a televisão tá, toda casa tem uma televisão por mais humilde que ela seja, e tá toda hora falando que tem que virar as garrafas, tampinha, casca de ovo, pneu, mas as pessoas não fazem. [...] As pessoas querem se sentir bem, mas não fazem o que deveriam fazer para o seu próprio bem [Sra. FGS].

Ao compartilharmos o pensamento desta idosa e dos autores já citados, conforme percebemos, os sujeitos sinalizam para que o poder público se utilize dos veículos de mídia hoje disponíveis, tais como TV, rádio, internet e outros meios de comunicação, para transformar seus discursos sobre dengue num trabalho continuado e agregando a essas mensagens valores de solidariedade, responsabilidade, compartilhamento e união. É preciso mudar a concepção de atribuir à comunidade a total responsabilidade sobre a situação. Vencer a dengue será o lema e para isso somar forças será a maior arma. Esse resgate de valores deverá ser extensivo às escolas, mas sempre agregado a valores éticos e de responsabilidade ecológica e social, entre outros valores positivos à vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os conhecimentos obtidos com anotações do diário de campo, fotografias, observação livre, entrevistas e análise dos depoimentos dos sujeitos sociais, baseados no referencial teórico, permitiram compreender melhor as percepções de gênero em idosos quanto à utilização da água no domicílio e suas repercussões na prevenção da dengue.

De acordo com a pesquisa, o maior número de participantes foi proveniente da quadra 99 (José Walter), com treze sujeitos. Em seguida vem a quadra 48 (Parreão) com sete. Ressalta-se a semelhança entre eles, doze (oito do José Walter e quatro do Parreão) dos sujeitos na faixa etária de 70 a 79 anos, diferentemente da quadra 84 (Centro) onde houve o menor quantitativo de idosos; apenas dois participantes acima de 80 anos.

Cada *cluster* pesquisado possui suas especificidades, o Centro, por exemplo, foi o primeiro a ter acesso à rede de água e esgoto e o único cujos moradores no passado eram nobres e glamourosas. Porém com o crescimento da cidade e o decorrer dos anos todos foram morar em outros bairros mais distantes do Centro, como Aldeota, e pouco a pouco foram substituídos por pessoas mais populares.

Já o do Parreão e José Walter guardam características semelhantes entre si e são quase o inverso do Centro. Eles foram construídos por famílias bem humildes com grandes dificuldades econômicas e de infraestrutura. Ambos têm histórico de participação de movimento político nos *clusters*. Com isso foram conseguindo melhorias de infraestrutura e concomitantemente o poder aquisitivo da população também melhorou. Saíram de uma condição de classe pobre para a média, além de mudança de costumes e cultura. No passado predominava a cultura de solidariedade entre as classes, contudo deu lugar à cultura do individualismo do capital. Naquela época, havia mais compartilhamento e dividiram o pouco que tinham com o outro. Ocorria frequentemente a falta de água tanto no Parreão quanto no José Walter e era visível o sofrimento, com a contaminação das suas cacimbas. Todavia, verificava-se uma diferença entre eles: enquanto no Parreão as pessoas

viviam dentro da água, que secava logo, no José Walter viviam numa constante seca.

Como percebemos, a segurança das pessoas nos bairros ou o aumento de assaltos passaram a ser o ponto comum aos três *clusters*. Nesse contexto, como evidenciamos, o controle da dengue é decorrente de vários fatores desde estrutural como a necessidade de saneamento público, investimento na educação do povo, valores, ética, segurança e a própria índole de cada ser humano.

Ainda como revelado, nas visitas aos *clusters*, há uma real necessidade de um trabalho que promova ações educativas mais efetivas relacionadas à saúde coletiva. É preciso despertar na comunidade sentimento de autonomia e cidadania, e ao mesmo tempo o compartilhamento de responsabilidades com vistas ao bem-estar de todos em equilíbrio com o “ecologismo/ambientalismo”. Trabalhar na direção da construção de uma consciência coletiva, claro, sem responsabilizar individualmente ninguém, mas somar e reconstruir valores de solidariedade para uma comunidade mais saudável aliada ao ecossistema Terra.

Não basta apenas atribuir significado e obter conhecimento para controlar doenças como a dengue urge romper com a visão individualista, e todos cumprirem seu papel sem procurar culpados. Advertimos: a sociedade capitalista, isoladamente, não seria o problema para a sobrevivência da humanidade de forma digna e com qualidade de vida, mas a lógica do individualismo produzida pelo sistema com práticas de ganha-ganha a qualquer custo social sem respeitar direitos e deveres, essa é a questão. Portanto, extrapolar essas questões seria antes de tudo somar sempre e assumir que a velhice faz parte do processo de todo ser humano vivo. Pode-se até admitir a visão individualista, mas conectada ao coletivo.

Nesse âmbito, é preciso rever valores e promover mudanças como substituir o papel da competição estimulada pelo sistema capitalista por generosidade, solidariedade, além do estímulo ao resgate da identidade humana. Pode-se, ainda, instigar e atrelar a responsabilidade pessoal ao social, entre outras, para assim combater e controlar a dengue, outras doenças vetoriais e até mesmo doenças provenientes da própria velhice como depressão e demência.

Na nossa ótica, o estudo dá alguns indícios para outras pesquisas do tipo quantitativo. Apesar de ser um estudo aprofundado com 22 sujeitos com prevalência de mulheres no total de dezesseis para seis homens, se levarmos em consideração a proporção, os homens estão em vantagem sobre as mulheres em grau de conhecimento, informação e domínio sobre a categoria e a dengue. Conforme observamos, a mulher esteve mais presente no domicílio do que os homens e por deterem menos informações que eles, podem ser mais vulneráveis aos surgimentos de criadouros. Contudo, a velhice vai levando o homem também para dentro do seu domicílio. Quando é saudável, o homem ajuda a mulher, porém, diante dos grandes desafios da idade geralmente acompanhados das demências, tornam-se mais vulneráveis e alguns inconscientemente criam focos de dengue em sua própria morada, prejudicando a si mesmo, sua família e a comunidade em geral.

O estudo mostrou ainda algumas diferenças relevantes entre homens e mulheres quanto à utilização da água e à divisão de tarefas nos domicílios: os homens estão mais ligados na parte elétrica, hidráulica, limpeza de carro, entre outras, e as mulheres sobressaem nos serviços domésticos como lavar louça, cozinhar, manter a limpeza geral da casa. Ademais, o homem passou mais uma preocupação com a parte técnica de infraestrutura e saneamento, fala claramente de questões de responsabilidade e vontade políticas. Nesse aspecto, a mulher é mais reticente que o homem e focou sobretudo a responsabilidade pessoal e coletivo. Ambos, porém, têm uma grande preocupação com a água para ingeri-la e para limpeza geral da casa. Também foi muito citado por ambos o problema do lixo caseiro jogado nas ruas e terreno baldio, apontando para o risco de criadouros de dengue. Chamou-nos a atenção: velho cuidando de velho, alguns até com demência; familiares cuidando de parentes próximos como pais e tia com demência e a preocupação com a dengue. São histórias de vida de lutas, sofrimentos com semelhantes, superações individuais e coletivas.

Quanto à idade dos participantes na faixa entre 62 anos e 83 anos, sobressaíram as mulheres, com dezesseis delas para quatro homens. Logo, vivendo mais em número que os homens, enquanto nas pontas estão os homens: o mais velho com 84 anos e o mais novo com 61. Verificamos uma velhice fragilizada, solitária e com grandes perdas, como a viuvez para as duas partes. No tocante à

viuvez, são quatro mulheres para um homem viúvo, além de três mulheres separadas para um homem. Talvez isso esteja contribuindo para alguns casos observados de indícios de depressão na senilidade. Mas, também, alguns casais mantêm uma união bem-sucedida, levantamos a possibilidade de tal união fazer bem a homens e mulheres, assim como familiares quando cuidam com amor dos seus velhos podem favorecer uma velhice mais tranqüila. Esta possibilidade já foi mencionada por diversos autores, os quais corroboram os discursos dos sujeitos e a observação livre nos domicílios. Portanto, a contribuição da família como estratégia na promoção da saúde do idoso ainda é uma boa alternativa.

Todavia, entre várias perguntas no ar, deixamos ao mesmo tempo algumas reflexões com base nesses sinais. Será que se houvesse mais estudos orientando o cuidado de homens e mulheres se poderia equilibrar a proporção entre eles? Será que se poderia contribuir mais para uma velhice a dois com mais significado, amor e dignidade? Será que parar de apontar culpados para a dengue ou outros problemas sociais e passar a propiciar conforto e solidariedade a sujeitos e familiares, não seria mais efetivo? Por exemplo, aqueles que cuidam do seu idoso com demência e descobrem que este esqueceu uma lata com pincel e água constatando o foco da dengue? E a dor da culpa porque a mídia, profissionais e comunidade em geral, os responsabilizam e cobram-lhes indevidamente determinadas iniciativas. Onde anda a solidariedade humana? Que percepção individual e social iria diminuir a dor do culpado e de seus familiares? Afinal, será que se percebe a velhice como parte natural ou normal do processo de vida humana? Será que negar a velhice será a melhor alternativa para chegar ou estar nela? Será que se reconhece a importância do velho que se assume como tal numa sociedade descartável de valores individualistas, egoístas, não solidários e que só percebe o valor da beleza ou força física da juventude? Será que jovens e velhos seriam mais felizes se em vez de explorar o outro ou competir mutuamente passassem a se unir ou completar diferenças? Será que todas essas perguntas são bobagem nossas? E as autoridades, os políticos? Como fica a dengue diante dessas reflexões?

Mas, enfim, o motivo maior a impulsionar a elaboração dessa dissertação foi a vontade de mostrar alguma coisa significativa que fizesse a diferença na vida

de homens e mulheres na velhice. Não cabe aqui reconstruir todos os resultados apresentados ao longo do texto, porém comentar algumas ideias, pontuar relevâncias. Não tencionamos esgotar esta temática, mas sim contribuir para novas interrogações, discussões e motivar novas produções focadas na população idosa.

Como sugestão a novos pesquisadores interessados no aprofundamento de aspectos pouco explorados nesta pesquisa, vale salientar a importância desses sujeitos como objeto de estudo; realizar estudos comparativos com homens e mulheres de outras classes sociais; focar a questão de outras doenças como lidar com as demências no âmbito familiar; a singularidade do homem influenciando a longevidade masculina e outros estudos possíveis.

Para finalizar, ressaltamos: ao iniciarmos o percurso deste estudo, tínhamos em mente nos aproximar do universo dos sujeitos sociais dos *clusters* no intuito de compreendê-los a partir das suas singularidades e experiências de vida. Evidentemente, esta compreensão seria entoadada das nossas noções prévias, e não poderia ser diferente, porque não existe neutralidade, contudo, havia a intenção de realizar um bom encontro, e isso ocorreu.

REFERÊNCIAS

ÁGUA. **Folha de São Paulo**. Disponível em: <http://agua.bio.br/botao_d_O.htm>. Acesso em: 6 ago. 2010.

ALBUQUERQUE, E. S. de. O resgate da geografia regional por meio de um conceito político de região. **Rev. GEOUSP**, n. 9, p. 63-78, jun. 2001.

ALCÂNTARA, A. de O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Alínea, 2004.

ANDRADE, C. F. S.; BRAASSOLATTI, R. C. Controle da dengue: um desafio à educação da sociedade. **Ciência & Ensino**, 1998.

ARAIA, E. COP-15 – a terra pede socorro, mas poucos se dispõem a ouvi-la. **Revista Planeta**, edição 447, ano 37, dez. 2009.

ASSIS, M. de. Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com idosos. **Revista APS**, v.8, n.1, p. 15-24, jan./jun. 2005

AYRES, J. R. de C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **PHYSIS: Revista Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 1, p. 43-62, 2007.

BARRADAS, R. de C. B. O desafio das doenças emergentes e a revalorização da epidemiologia descritiva. **Informe Epidemiológico do SUS**, 1999.

BARROS, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Caderno & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, p. 1779-1790, 2007. Suplemento.

BARROS, R. D. B. de; CASTRO, A. M. de. Terceira idade: o discurso dos *experts* e a produção do “novo velho”. **Estudos Interdisciplinares do Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 4, p. 113-124, 2002.

BAUER, M. W.; AARTS, B. A construção do corpus: um princípio para a coleta de dados qualitativos. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**: um manual prático. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BEAUVOIR, S. A. **Old age**: a realidade incômoda. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1970.

BENEVIDES, B. S. B. **Envelhecimento**: uma pesquisa qualitativa com idosos que vivenciaram Fratura de Fêmur decorrente de queda. 2009. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)–Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2009.

BERTAUX, D. **Les récits de vie**. Paris: Nathan, 1997.

BIANCHI, G. S. Memória radiofônica – a trajetória da escuta passada e presente de ouvintes idosos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DA COMUNICAÇÃO, 32., 4 a 7 de setembro de 2009, Curitiba, PR. **Anais...** Curitiba, PR: Intercom – Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunidade, 2009.

BOFF, L. **Ecologia: grito da terra, grito dos pobres**. 3. ed. Rio de Janeiro: Ática, 1999.

BOISCHIO, A.; SÁNCHEZ, A.; OROSZ, Z.; CHARRON, D. Health and sustainable development: challenges and opportunities of ecosystem approaches in the prevention and control of dengue and Chagas disease. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (org.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004. cap. 1, 2 e 3.

BRANDÃO, V. M. A. T. **Labirintos da memória: quem sou?** São Paulo: Paulus, 2008.

_____. Os fios das memórias na trama da cultura. **Revista Kairós**, São Paulo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Sistema de planejamento do SUS: uma construção coletiva: Plano Nacional de Saúde (PNS) 2008/2009-2011**. Brasília, 2010. 168 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde; Série Cadernos de Planejamento, v. 9). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sistema_planejamento_sus_v9.pdf>. Acesso em: 16 jul. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS. **Temático Promoção da Saúde – v. IV. Painel de indicadores do SUS**, n. 6. Brasília, 2009. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/arquivos/pdf/paineldeindicadores_do_sus_6.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretoria Técnica de Gestão. **Dengue: diagnóstico e manejo clínico**. 3. ed. Brasília, DF, 2007.

_____. Dengue. **Boletim da Semana**, n. 4, 2005. Disponível em: <<http://ddtr2001.saude.gov.br/ssvs/epi/dengue/bboletim/pdfs/2005>>. Acesso em: 15 abr. 2009.

BRITO, J. Enfoque de gênero e relação saúde: trabalho no contexto da reestruturação produtiva e precarização da pobreza. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, p. 195-204, 2000.

BRUNO, M. R. P. Autonomia e cidadania: caminhos e possibilidades para o ser idoso. **Revista Kairós: gerontologia**, São Paulo, v. 4, jun. 2001.

BUB, M. B. C.; MEDRANO, C.; SILVA, C. D.; WINK, S.; LISS, P. E.; SANTOS, E. K. A. A noção de cuidado de si BUB et. al. 2006 mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. especial, p. 152-157, 2006.

BURLÁ, C. Lindando com a finitude e a morte. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.). **Saúde do idoso, a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CADENGUE, H. M.; ALMEIDA, M.; GEHLEN, V.; BRYON, E. **Gênero, segurança alimentar e meio ambiente ST 37**: equidade social e meio-ambiente – estudo de caso em Potozi. [S.l.: s.n.], [200-].

CALDAS, C. P. Cuidado familiar: a importância da família na atenção à saúde do idoso. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.). **Saúde do idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 41-47.

CALVASINA, P. G.; CAPRARA, A.; LIMA, E. R.; LIMA, J. W. de O.; PONTE, R. J. S. **Criando vínculos para o controle de endemias**: o desafio da prevenção da dengue na cidade de Fortaleza. Edição de Luiz de Brito e Luis Andrade Ciudad; desenho de Carmen Inga Colônia; impressão de Dezain Grafic EIRL. [S.l.: s.n.], 2007. (Documento com o apoio do International Development Research Centre- IDRC do Canadá e Instituto Salud y Trabajo-ISAT do Peru).

CAMAROTTI, I.; SPINK, P. **O que as empresas podem fazer pela erradicação da pobreza**. São Paulo: Instituto Ethos, 2003.

CANDIOTTO, C. Subjectivity and truth in the late Foucault (Subjetividade e verdade no último Foucault). **Trans/Form/Ação**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 87-103, 2008.

CANÔAS, C. S. **O olhar feminino sobre 2010**. São Paulo: Textonovo; SESC/SP, 1997.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. Rio de Janeiro: Círculo do Livro, 1982.

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

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. e S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, 1999.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface, Saúde, Educação**, v. 12, n. 25, p. 363-76, abr./jun. 2008.

CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O. (org.). **Multi-country study on “Eco-bio-Social Research on Dengue and Chagas Disease in Latin America and the Caribbean”**. [S.l.]: UNICEF/UNDP/WORLD BANK/WHO, dez. 2009.

CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; CALVASINA, P. G. **Escaça disponibilidade de água e dengue: um estudo eco-bio-social no nordeste do Brasil**. Fortaleza: Centro de Ciências da Saúde; Departamento de Saúde Pública – UECE, Mestrado em Saúde Pública, [200-]. No prelo.

CAPRARA, A.; LIMA, J. W. de O.; MARINHO, A. C. P.; CALVASINA, P. G.; LANDIM, L. P.; SOMMERFELD, J.. Irregular Water supply, household usage and dengue: bio-social study in the Brazilian Northeast. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, 2009. Suplemento 1.

CAPRARA, A.; MARINHO, A. C. P.; LIMA, J. W. de O.; SANTANA, E. W. de P. (coord.). **O relatório final da pesquisa eco-bio-social sobre dengue no Brasil – fatores eco-bio-social que afetam a dinâmica de transmissão da dengue em Fortaleza, nordeste do Brasil: urbanização, dinâmicas comunitárias, responsabilidade política e a dengue em Fortaleza: um estudo de análise eco-bio-social**. Fortaleza: [s.n.], jan. 2006.

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

CARVALHO, S. R. As contribuições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.

CASTRO, J. de. **Geopolítica da fome**. São Paulo: Brasiliense. 1988. v. 1.

_____. **Geografia da fome**. Rio de Janeiro: Antares, 1982.

CCDS BELACRUZENSE. Disponível em: <<http://ccdsbelacruzense.blogspot.com/2008/05/projeto-venci-o-tempo-vencerei-dengue.html>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

CEARÁ. Secretaria da Saúde do Estado. **Informe Semanal Dengue**, 2001. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: 27 maio 2009.

CHRISTOFIDIS, Demetrios. **Água: gêneses, gênero e sustentabilidade alimentar no Brasil**. Brasília, DF: [s.n.], 2006.

COELHO NETO, A.; ARAÚJO, A. L. C. **As dimensões da vida**. Fortaleza: A B C Fortaleza, 1998.

CORETH, E. **Questões fundamentais de hermenêutica**. Tradução de Carlos Lopes de Matos. São Paulo: EPU, Ed. Universidade de São Paulo, 1973.

COSTA, S. L. da, MACIEL, T. M. de F. B. Os sentidos da comunidade: a memória de bairro e suas construções intergeracionais em estudos de comunidade. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 61, n. 1, 2009.

COSTA, T. L. da. Instantâneos intangíveis: de uma ação cultural sobre memórias compartilhadas por pessoas idosas. **Revista CPC**, São Paulo, n. 8, p. 36-67, maio 2009, nov. 2009.

CRUZ NETO, O.; MOREIRA, M. R.; SUCENA, L. F. M. Grupo focais e pesquisa social qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação. In: Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 13., nov. 2002, Ouro Preto, MG. **Trabalho apresentado...** Ouro Preto, MG: [s.n.], 2002.

CUPERTINO, A. P; NOVAES, C. Espiritualidade e envelhecimento saudável. In: SANTANA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.) **Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

CZERESINIA, D. **Do contágio à transmissão: ciência e cultura na gênese do conhecimento epidemiológico**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

DEECKEN, A. **Saber envelhecer**. Tradução de Carmen Maria T. de Lyra. 4. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

DEGALLIER, N.; FAVIER, C.; MENKES, C.; LENGAINNE, M.; RAMALHO, W. M.; SOUZA, R.; SERVAIN, J.; BOULANGER, J.-P. **Toward an early warning system for dengue prevention: modeling climate impact on dengue transmission**. [S.l.]: Springer Science, Business Media B.V., 2009.

DEMO, P. Pesquisa qualitativa. In: METODOLOGIA do conhecimento científico. São Paulo: Atlas, 2002.

DESLANDES, S. F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e prática**. Organizado por Suely ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

DESLANDES, S. F. A construção do projeto de pesquisa. In: MINAYO, M. C. de S. et al. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

DIAS, C. A. Grupo focal: técnica de coleta de dados em pesquisas qualitativas. **Informação e Sociedade: estudos**, João Pessoa, PB, v. 10, n. 2, 2000.

DIÓGENES, M. A. R.; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 286-293, dez. 2003.

DUPAS, G.; PINTO, I. C.; MENDES, M. D.; BENEDINI, Z. Reflexão e síntese Acerca do modelo do autocuidado de Orem. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 19-26, jan./mar. 1994.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S.; FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2009.

FERRIGNO, J. C. A identidade do jovem e a identidade do velho: questões contemporâneas. In: VELHICE: reflexões contemporâneas. São Paulo: SESC, PUC, 2006.

_____. O estigma da velhice: uma análise do preconceito aos velhos à luz das idéias de Erving Goffman. **Revista da Terceira Idade**, v. 13, n. 48, p. 48, abr. 2002.

FLOGAO. Disponível em: <<http://www.flogao.com.br/edilsonsampai/124429153>>. Acesso em: 18 ago. 2010.

FOLHA UOL. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 2 ago. 2010. Disponível em: <folha.uol.br/ambiente>. Acesso em: 6 ago. 2010.

FORTALEZA WIKIPEDIA. Disponível em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Fortaleza#S.C3.A9culo_XX>. Acesso em: 12 fev. 2011.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Informe Semanal do Dengue**, 2009. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: 15 jul. 2009.

_____. **Boletim de Saúde de Fortaleza Dengue**, Fortaleza, v. 7, n. 1. jan./jun, 2003.

FOUCAULT, M. **O cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque; Revisão Técnica de José Augusto Guilhaon Albuquerque. Rio de Janeiro: Granal, 1985.

FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2004.

FRANCO, T. B., ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A produção subjetiva do cuidado**: cartografias da estratégia saúde da família. São Paulo: Hucitec, 2009.

GADAMER, H. G. **Verdade e método**: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997.

GARCIA-RIVERA, E. J.; RIGAU-PEREZ, J. G. Dengue severity in the elderly in Puerto Rico. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 13, n. 6, p. 362-368, 2003. Disponível

em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1020-49892003000500004&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 24 mar. 2010.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 3. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

GIFFIN, K. Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, p. 103-112, 2002. Suplemento.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, A. A. **Usos e possibilidades do grupo focal e outras alternativas metodológicas**. Presidente Prudente: UNESP, 2004. mimeo.

GOMES, A. C. Medidas dos níveis de infestação urbana para *Aedes (Stegomya) aegypti* e *Aedes (Stegomya) albopictus* em programa de vigilância entomológica. **Informativo epidemiológico do SUS**, 1998.

GONÇALVES, L. **Tranquilidade é uma das marcas do bairro Parreão**. 2011. Disponível em: <<http://diariodonordeste.globo.com/materia.asp?codigo=916301>>.

GROISMAN, D. A velhice, entre o normal e o patológico. **História, Ciência, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 61-78, jan./abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702002000100004&lng=en>. Acesso em: 7 abr. 2004.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1986.

HECK, R. M.; LANGDON, E. J. M. Envelhecimento, relações de gênero e o papel das mulheres na organização da vida em comunidade rural. In: MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA JR., C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 129-152.

HIHNE, L. C. **Metodologia científica: caderno de texto e técnicas**. Rio de Janeiro: Agir, 1992.

INSTITUT DE RECHERCHE POUR LE DÉVELOPPEMENT-IRD. **IRD Brasil**. 2011. Disponível em: <http://www.brasil.ird.fr/spip.php?page=article&id_article=3821&id_rubrique=447>. Acesso em: 15 mar. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA-IBGE. **IBGE projeção da população do Brasil**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <inserir o site>. Acesso em: 16 jul. 2010.

JORNAL NACIONAL. **Enchente no mundo**. Disponível em: <www.globo.com/jornalnacional>. Acesso em: 6 ago. 2010.

KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial. Um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, p. 200-210, 1987.

KIVA. Disponível em: <<http://www.kiva.org>>. Acesso em: 19 mar. 2010.

KWA, B. H. **Environmental change, development and vectorborne disease: Malaysia's experience with filariasis, scrub typhus and dengue**. [S.l.]: Springer Science; Business Media B.V., 2006.

LABEL, J. **Health in focus**. A ecosystema approach. Canadá: [s.n.], 2003.

LANDIM, L. O. P.; VASCONCELOS, M. G. F.; CALVASINA, P. G. **Quando a água “pinga” no dia a dia: a experiência de viver com pouca água e sua relação com a dengue**. Fortaleza: [s.n.], [2011?]. No prelo.

LATIMER, J. **Advanced qualitative research for nursing**. [S.l.]: Blackwell, 2003.

LENZI, M. de F.; COURA, L. C.; GRAULT, C. E.; VAL, M. B. do. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 851-856, 2000.

LÉVI-STRAUSS, C. Pajés e psicanálise. **Revista Planeta**, edição 447, ano 37, dez. 2009.

LIMA, M. G.; BARROS, M. B. de A.; CÉSAR, C. L. G.; GOLDBAUM, M.; CARANDINA, L.; CICONELL, R. M. Health related quality of life among the elderly: a population-based study using SF-36 survey. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, Oct. 2009.

LINS, D. S. **Sociologia e antropologia do envelhecimento**. Fortaleza: [s.n.], 2002. (Apostila do Curso de Especialização em Gerontologia).

LOPES, A. Dependência, contatos sociais e qualidade de vida na velhice. In: SIMSON, O. R. de M. Von; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. (Coleção Velhice e Sociedade).

LOPES, R. G. da C. Ressignificar a velhice. **Revista Kairós**, São Paulo, n. 4, jun. 2001.

_____. **Saúde na velhice: as interpretações sociais e os reflexos no uso do medicamento**. São Paulo: EDUC, 2000.

LOSEKANN, S. **Centro de Fortaleza vive um mar de contrastes**. 2009. Disponível em: <<http://www.defender.org.br/centro-de-fortaleza-vive-um-mar-de-contrastes/>>.

LOUREIRO, C. F. B. Aspectos políticos e pedagógicos da educação ambiental no Brasil. **Revista Sinais Sociais**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 44-83, 2006.

LOZANO, R. D.; RODRIGUEZ, M. H.; HERNADEZ-AVILA, M. H. Gender-related family head schooling and Aedes aegypti larval breeding risk in Southern México. **Salud pública de México**, v. 44, n. 3, maio/jun. 2002.

LUCHESI, C. C. et al. **Fazer universidade: uma proposta metodológica**. São Paulo: Cortez, 1986.

LUNA, S. V. **O falso conflito entre tendências metodológicas**. São Paulo: PUC-SP; UNICAMP, [200-].

MAGALHÃES, D. N. **O anel mágico: o repasse entre as gerações**. Rio de Janeiro: Razão Cultural, 2000.

MANEN, M. Van. **Researching lived experience: human science for an action sensitive pedagogy**. New York: The State University of New York, 1990.

MARCONI, M. de A. et al. **Técnica de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1982.

MARTINS, J. **A pesquisa qualitativa**. São Paulo: PUC-SP; UNICAMP, [200-].

MARTINS, J. de J.; SCHIER, J.; ERDMANN, A. L.; ALBUQUERQUE, G. L. de. Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com idoso. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, set./dez. 2007.

MARZOCHIL, K. B. F. Dengue endêmico: o desafio das estratégias de vigilância. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 37, n. 5, p. 413-415, 2004.

MASCARO, S. de A. **O que é velhice?** São Paulo: Brasiliense, 1997 (Coleção Primeiros Passos).

MATTOS, H. Entre o glamour e a experiência: a presença do idoso na mídia. **Revista da Terceira Idade**, ano V, n. 9, dez. 1994.

MENEZES, M. P. M. de; MEHLIG, U. L. F. Manguezais: as florestas da Amazônia costeira. **Rev. Ciência Hoje**, v. 44, n. 264, out. 2009.

MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 2008.

_____. Saúde e ambiente: uma relação necessária. In: CAMPOS et. Al. **Tratado de saúde coletiva**. [S.l.: s.n], 2006a. p. 93-121.

_____. **Saúde e ambiente: uma relação necessária**. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006b.

_____. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Organização de Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

_____. Saúde e ambiente no processo de desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 3, n. 2, p. 4-5, 1998.

_____. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: _____. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994. p. 9-29.

MORIN, E. **O método 3: o conhecimento do conhecimento**. Porto Alegre: Sulina, 1999. 287 p.

MOURA, W. V. B. de; LIMA, A. S.; QUEIROZ, Á. F. de; PINTO, C. R. S.; GURGEL, H. C.; MOURA. Projeto água fonte de vida/ PROASNE – gênero – meio ambiente – saúde – educação: UFC e comunidade buscando desenvolvimento ecologicamente sustentável. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 2004, Fortaleza. **Anais...** Fortaleza: Editora da UFC, 2004.

NASCIMENTO, A. J. R. do. **Novas relações de gênero: intersecções na dinâmica do envelhecimento populacional, família e no mundo do trabalho**. Florianópolis: [s.n.], 2008.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas-SP: Alínea, 2001.

_____. (org.). **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas, SP: Papirus, 1993.

NERI, A. L., YASSUDA, M. S. (org.). **Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos**. Colaboração de Meire Cachioni. Campinas, SP: Papirus, 2004. (Coleção Vivacidade, vários autores).

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas, SP: Papirus, 2000.

NETO, V. S. G.; REBELO, J. M. M. Aspectos epidemiológicos do dengue no município de São Luis, Maranhão, Brasil, 1997-2002. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1424-1431, 2004.

NEVES, F. de C. **Imagens do Nordeste: a construção da memória regional**. Fortaleza: SECULT, 1994.

OLMOS, J. R. D. Histórias de vida, marcas de uma vida & - re-apropriação da história pessoal de idosos & - relato de uma experiência. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 5, dez. 2004.

OMOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. de S. **Co-construção de autonomia: o sujeito em questão**. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

OMOTTO, C. A.; SANTINI, S. M. L.; ESTEVES, J. L. M. Controle da Dengue: uma análise da implementação do PNCD e a relação do processo de trabalho na 16ª regional de Saúde de Apucarana / Paraná – Brasil. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 2., 2007, Curitiba, PR. **Painel 44: Gestão da Saúde...** Curitiba, PR, 2007.

PAIS, J. M. Fontes documentais em sociologia da vida quotidiana. **Análise Social**, v. 20, n. 83, p. 507-519, 1984.

PAIVA, V. M. B. **Psicologia do envelhecimento**. [S.l.: s.n.], 2002. (Apostila do Curso de Especialização em Gerontologia).

PAULILO, M. A. S. **A pesquisa qualitativa e a história de vida**. São Paulo: [PUC-SP], [200-].

PELIZZOLI, M. L. **A emergência do paradigma ecológico: reflexões-filosóficas para o século XXI**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

PICCOLO, F. D. Memórias, histórias e representações sociais do bairro de Vila Isabel e de uma de suas favelas (RJ, Brasil). **Etnográfica**, Lisboa, v. 13, n. 1, maio 2009.

PINEAU, G. As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 329-343, maio/ago. 2006.

PINEAU, G.; Le GRAND, J.-L. **Les histoires de vie**. 2. éd. corr., 8. mille. Paris : PUF, 1996.

PLANETA Orgânico. Água. Disponível em: <<http://www.planetaorganico.com.br/>>. Acesso em: 1º jun. 2010.

PONTE, S. R. **Fortaleza antiga, 2010**. Disponível em: <http://fortalezaantiga.blogspot.com/2010_01_01_archive.html>. Acesso em: 3 mar. 2011.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Tradução de Ananyr Porto Fajardo. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 172 p.

PORTAL JOSÉ WALTER. **Na morada, Fortaleza**. Disponível em: <<http://www.josewalter.com/?pg=historia>>. Acesso em: 14 fev. 2011.

RAMOS, M. H. R. Descentralização do poder, participação e cidadania: perspectivas do serviço social. **Rev. Debates Sociais**, n. 63/64, 2004

REINALDO, A. M. S.; SAEKI, T.; REINALDO, T. B. S. O uso da história oral na pesquisa em enfermagem psiquiátrica: revisão bibliográfica. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 55-60, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.

RIBEIRO, A. F.; MARQUES, G. R. A. M.; VOLTOLINI, J. C.; CONDINO, M. L. F. Associação entre incidência de dengue e variáveis climáticas. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 4, p. 671-676, 2006.

RIBEIRO; E. E.; VERAS, R. P.; VIEGAS, K.; CALDAS, C. P. Projeto idoso da floresta: indicadores de saúde dos idosos inseridos na Estratégia de Saúde da Família (ESF-SUS) de Manaus-AM, Brasil. **Rev. Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 11, n. 3, set./dez. 2008.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. Porto: Porto, 1995.

ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Epidemiologia & saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (org.). **Saúde do idoso, a arte de cuidar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004.

SALES, F. M. de S.; CAPRARA, A. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia-CE. In: SILVA, M. G. C. da; JORGE, M. S. B. (org.). **Saúde pública e seus saberes e práticas**: recortes de dissertações. Fortaleza: EdUECE, 2006.

SAMPAIO, J. J. C.; VASCONCELOS FILHO, E. V. de. **Texto de glossário do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública**. [S.l.: s.n.], 2009.

SANTANA, L. O. P. L.. **O entardecer no farol**: um estudo etnográfico sobre a percepção da saúde entre pessoas idosas. 2004. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)—Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2004.

SANTOS, I. M. M. dos; SANTOS, R. da S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Cad. Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 714-719, out./dez. 2008.

SANTOS, L. de M. dos; ROS, M. A. da; CREPALDI, M. A.; RAMOS, L. R. Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 346-352, 2006.

SILVA NETO, M. A. C.; ATELLA, G. C. Doenças de Chagas: a invasão silenciosa do parasita. **Rev. Ciência Hoje**, v. 45, n. 266, dez. 2009.

SILVA, T. M. N. A desigualdade de gênero na terceira idade. **Rev. Terceira Idade**, São Paulo, v. 17, n. 36, 2006.

SIMSON, O. R. de M. Von; NERI, A. L.; CACHIONI, M. (org.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. 2. ed. Campinas, SP: Alínea, 2006. (Coleção Velhice e Sociedade).

SINGER, P. **Dominação e desigualdade**: estrutura de classes e repartição da renda no Brasil. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1981.

SIQUEIRA, R. L. de, BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 4, p. 899-906, 2002.

SOBRAL. Disponível em: <http://www.sobral.ce.gov.br/boletim/2008/b_marco2008/13.html>. Acesso em: 18 ago. 2010.

SOUZA, S. de; NEVES, F. de C. **Seca**. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2002.

TAUIL, P. L. **Combate a dengue**. Agência Brasil. Disponível em: <<http://www.combateadengue.com.br/?p=168>>. Acesso em: 19 mar. 2010.

_____. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 30, p. 867-871, 2002.

TAUIL, P. L. Urbanization and dengue ecology. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, p. 99-102. 2001. Suplemento.

THE INTERNATIONAL DEVELOPMENT RESEARCH CENTRE-IDRC. Disponível em: <http://www.idrc.ca/uploads/user-S/12361963411Pre_Forum_Workshop_Sommerfeld_Final.pdf>. Acesso em: 1º mar. 2011.

TINOCO, R. **História de vida**: um método qualitativo de investigação. Documento produzido em: 19 jul. 2007. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt>>.

TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa social em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. **Cad. Saúde Pública**, 2003.

UNIVERSIDADE DA ÁGUA. Disponível em: <<http://www.uniagua.org.br/>>. Acesso em: 1º jun. 2010.

VASCONCELOS, P. F. C. et al. Epidemia da dengue em Fortaleza, Ceará: inquérito soro-epidemiológico aleatório. **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 5, p. 447-54, 1998.

VERAS, R. **Trabalho social com idosos: envelhecimento populacional no Brasil e no mundo e as políticas públicas do envelhecimento**. Brasília: SESC Nacional, 2007. 1 Vídeoconferência, color, son.

WAGNER, E. M. A contribuição da psicologia no campo da gerontologia social. **Revista da Terceira Idade**, ano X, n. 13, p. 47, abr. 1998.

WINCH P. J.; LLOYD L. S.; HOEMEKE L.; LEONTSINI, E. Vector control at the household level: an analysis of its impact on women. **Acta tropica**, v. 56, p. 327-339, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. 2008. Disponível em: <http://www.abc.net.au/rn/backgroundbriefing/documents/20100221_map.pdf>. Acesso em: 22 mar. 2000.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução de Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 2005.

XAVIER, Y. M. de A.; BEZERRA, N. F. (org.). **Gestão legal dos recursos hídricos dos Estados do Nordeste do Brasil**. Fortaleza: Fundação Konrad Adenauer, 2004.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice, aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A pesquisa intitulada UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO/IDOSO E A DENGUE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO será realizada na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Esta cidade possui um contexto urbano peculiar para a transmissão da dengue. Apesar do crescimento de esforços no controle, a doença em Fortaleza continua endêmica com esporádicos surtos epidêmicos. Diante disto, a pesquisa embasará e contribuirá para o desenvolvimento de novas estratégias de controle mais efetivas contra a dengue. Tendo, assim, por objetivo geral: compreender as percepções de gênero em idosos em relação ao uso da água no domicílio e suas repercussões na prevenção da dengue. E específicos: descrever as memórias dos idosos sobre o uso da água e as estratégias de combate à dengue no bairro; identificar os aspectos socioculturais do uso da água em domicílio do ponto de vista de mulheres e homens idosos; além de desenvolver proposta de intervenção no combate à dengue adaptada e centrada na comunidade.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientado que as informações serão sigilosas, e que não haverá divulgação personalizada das informações.

Os dados e informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, e serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento a qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento. Coordenador da pesquisa: Prof. Dr. Andrea Caprara. Tel: (85) 3101-9914

Assinatura do participante

Assinatura do coordenador da pesquisa

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – UECE

Pesquisa: USO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO/IDOSO E A DENGUE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO

Tendo sido informado sobre a pesquisa: UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO/IDOSO E A DENGUE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO, concordo em participar da mesma.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante

Assinatura do participante

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Data: _____

I. Iniciais sobre os dados de identificação.

- 1.1. Endereço/cep:
- 1.2. Naturalidade:
- 1.3. Idade:
- 1.4. Estado civil:
- 1.5. Escolaridade:
- 1.6. Nº de filhos e de netos:
- 1.7. Profissão/ocupação:

II. Questões norteadoras que serão abordados nas entrevistas semiestruturadas:

1. Fale-me o que você entende sobre dengue.
2. Como você faz uso da água na sua casa, na sua vida?
3. O que você acha que pode ser feito para prevenir a dengue?
4. Conte-me como você faz para prevenir a dengue em sua casa.
5. Conte-me sobre o seu dia-a-dia, suas atividades diárias.
6. Fale-me como você vê o uso da água na comunidade.

APÊNDICE C – TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM



Nome: _____

RG: _____

CPF: _____

Endereço: _____

Declara, através do presente Termo, a cessão total e definitiva de sua imagem para fotografias e vídeo que irão compor o BANCO DE IMAGENS da pesquisa: UTILIZAÇÃO DA ÁGUA EM DOMICÍLIO/IDOSO E A DENGUE: UMA QUESTÃO DE GÊNERO. Permite dispor da imagem do (a) cedente para a confecção de todo material desenvolvido na pesquisa da mestranda em Saúde Pública da UECE, Sandra Maria de Carvalho Brito, sem limitação de tempo ou de número de vezes, sendo tal cessão feita em caráter inteiramente gratuito.

Fortaleza, _____ de 20____

Cedente

Testemunhas:

Nome: _____

CPF: _____

Nome: _____

CPF: _____

APÊNDICE D – 1 QUESTÕES NORTEADORAS / ANÁLISE / OBJETIVOS

Sujeitos	Questões norteadoras / análise / objetivos												Sexo	Quadra
	1	1	2	2	3	3	4	4	5	5	6	6		
Sra. LM	d2		c1		a2		d1		d3		d3		F	84
Sra. MNAL	d2		d1		a2		d3		d3		a3		F	84
Sra. MPVA	b1	d1	d1	b1	d1		d1		d2		b3	d3	F	48
Sr. SRA	b2	d2	d1	b1	d1		d1		d2		d3	b3	M	48
Sra. MSLO	d2		d1		d1	b1	d3	c3	d2	b2	d3		F	48
Sra. DPG	d2	b2	d2	b2	b2	d2	d2		d2		d2	b2	F	48
Sr. ASG	d2		b1		c2	d2	d1	b1	d1		d3		M	48
Sr. JLFM	d2		c1		d2		d3	b3	d2		d3		M	48
Sr. JOF	d2		d1		b2		b2		d2		d3		M	48
Sr. JAR	d2	d3	d1		d2		d1		d2	b2	d2	c2	M	99
Sra. MOR	d2		d1		d2		d1		d2		d3		F	99
Sra. FFA	d2	b1	d1	b1	d2		d2		d2		a2	d2	F	99
Sr. JS	d2		d1		b2		b2	d2	d2		b3		M	99
Sra. SS	d2		c1		c2		b2		d2		d3		F	99
Sra. FGS	d2	b2	d1	b1	b2	d2	b2		d2		d3		F	99
Sra. MXR	d2		d1		d2	b2	d1		d2	b2	d3		F	99
Sra. MI	d2		b1		a2	b2	d1	b1	d2		b2		F	99
Sra. MNMS	d2		d1	b1	d2		d2	b2	d2		d2		F	99
Sra. MBAP	d2		d1		d2	b2	d3		d3		d3		F	99
Sra. SFS	d2	b2	d1		d2	b2	d2		d1		d3		F	99
Sra. MEGF	d2		d1	b1	d2		d2		d1		d3		F	99
Sra. EP	d2		b1	d1	d2		d2		d2		d3	d2	F	99
Total	22	7	22	8	22	8	22	6	22	3	22	6	22	22

LEGENDA

Sujeitos:

H – homens M – mulheres

Questões norteadoras:

- 1 – Conte-me sobre o seu dia-a-dia, suas atividades diárias, principalmente no uso da água.
- 2 – Como era no passado o uso da água?
- 3 – Fale-me como você vê o uso da água na comunidade.
- 4 – Fale-me o que você entende sobre dengue.
- 5 – Conte-me como você faz para prevenir a dengue em sua casa.
- 6 – O que você acha que pode ser feito para prevenir a dengue?

Objetivos:

- 1 – Descrever as memórias dos idosos sobre a utilização da água e as estratégias de combate à dengue no bairro.
- 2 – Identificar os aspectos socioculturais da utilização da água em domicílio do ponto de vista de mulheres e homens idosos.
- 3 – Desenvolver proposta de intervenção no combate à dengue adaptada e centrada na comunidade.

Análise de conteúdo dos discursos:

- a – diverge dos objetivos
b – complementa os objetivos

- c – difere dos objetivos
d – converge os objetivos

APÊNDICE D – 2 OBJETIVOS / ANÁLISE E ANÁLISE DE CONTEÚDO/QUESTÕES

Sujeitos	Sexo	Quadra	objetivos / análise			Análise de conteúdo/questões					
			1	2	3	1	2	3	4	5	6
Sra. LM	F	84	c;d	d;a	d;d	d	c	a	d	d	d
Sra. MNAL	F	84	d	a;d	d;d;a	d	d	a	d	d	a
Sra. MPVA	F	48	d	d;a	d;a	b;d	d;b	d	d	d	b;d
Sr. SRA	M	48	b;d	b;d	d;b	b;d	d;b	d	d	d	d;b
Sra. MSLO	F	48	d;b	d;b	d;c	d	d	d;b	d;c	d;b	d
Sra. DPG	F	48		d;b		d;b	d;b	b;d	d	d	d;b
Sr. ASG	M	48	b;d	d;c	d	d	b	c;d	d;b	d	d
Sr. JLFM	M	48	c	d	d;b	d	c	d	d;b	d	d
Sr. JOF	M	48	d	d;b	d	d	d	b	b	d	d
Sr. JAR	M	99	d	d;c	d	d	d	d;c	d	d;b	d;c
Sra. MOR	F	99	d	d	d	d	d	d	d	d	d
Sra. FFA	F	99	b;d	d;a		d;b	d;b	d	d	d	a;d
Sr. JS	M	99	d	d;b	b	d	d	b	b;d	d	b
Sra. SS	F	99		d;b	d	d	c	c	b	d	d
Sra. FGS	F	99	d;b	d;b	d	d;b	d;b	d;b	b	d	d
Sra. MXR	F	99	d	d;b	d	d	d	d;b	d	d;b	d
Sra. MI	F	99	b;d	d;a;b		d	b	a;b	d;b	d	b
Sra. MNMS	F	99	d;b	d;b		d	d;b	d	d;b	d	d
Sra. MBAP	F	99	d	d;b	d	d	d	d;b	d;c	d	d
Sra. SFS	F	99	d	d;b	d	d;b	d	d;b	d	d	d
Sra. MEGF	F	99	d;b	d	d	d	d;b	d	d	d	d
Sra. EP	F	99	b;d	d	d	d	b;d	d	d	d	d
Total	22	22	20	22	18	22	22	22	22	22	22

LEGENDA

Sujeitos:

H – homens M – mulheres

Questões norteadoras:

- 1 – Conte-me sobre o seu dia-a-dia, suas atividades diárias, principalmente no uso da água.
- 2 – Como era no passado o uso da água?
- 3 – Fale-me como você vê o uso da água na comunidade.
- 4 – Fale-me o que você entende sobre dengue.
- 5 – Conte-me como você faz para prevenir a dengue em sua casa.
- 6 – O que você acha que pode ser feito para prevenir a dengue?

Objetivos:

- 1 – Descrever as memórias dos idosos sobre a utilização da água e as estratégias de combate à dengue no bairro.
- 2 – Identificar os aspectos socioculturais da utilização da água em domicílio do ponto de vista de mulheres e homens idosos.
- 3 – Desenvolver proposta de intervenção no combate à dengue adaptada e centrada na comunidade.

Análise de conteúdo dos discursos:

- a – diverge dos objetivos
b – complementa os objetivos

- c – difere dos objetivos
d – converge os objetivos

APÊNDICE D – 3 TEORIA / QUESTÕES NORTEADORAS E SÍNTESE / QUESTÕES

Sujeitos	Sexo	Quadr a	Teoria / questões norteadoras						Síntese / questões					
			1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
Sra. LM	F	84	3	2	1	3	3	3	s	s	s	s	s	s
Sra. MNAL	F	84	3	2	1	3	3	3	s	s	s	s	s	s
Sra. MPVA	F	48	1	2	2	3	1	1	s	s	s	s	s	s
Sr. SRA	M	48	2	2	2	3	1	1	s	s	s	s	s	s
Sra. MSLO	F	48	1	2	2	3	3	3	s	s	s	s	s	s
Sra. DPG	F	48	1	2	1	1	3	1	s	s	s	s	s	s
Sr. ASG	M	48	1	2	2	3	3	3	s	n	s	s	s	s
Sr. JLFM	M	48	1	2	1	3	3	3	s	n	s	s	s	s
Sr. JOF	M	48	1	2	2	1	1	3	s	s	s	s	s	s
Sr. JAR	M	99	1	2	2;1	1	3	3	s	s	s	s	s	s
Sra. MOR	F	99	1	2	2	3	1	3	s	s	s	s	s	s
Sra. FFA	F	99	1	2	3	3	1	3;1	s	s	s	s	s	s
Sr. JS	M	99	1	2	1	3	3	1	s	s	s	s	s	s
Sra. SS	F	99	1	0	0	3	3	1	s	n	n	s	s	s
Sra. FGS	F	99	1	2	1	1	3	1	s	s	s	s	s	s
Sra. MXR	F	99	1	2	1	1	3	1	s	s	s	s	s	s
Sra. MI	F	99	1	2	1	1	3	1	s	n	s	s	s	s
Sra. MNMS	F	99	1	2	1	3	3	3	s	s	s	s	s	s
Sra. MBAP	F	99	1	2	2;1	3	3	3	s	s	s	s	s	s
Sra. SFS	F	99	1	2	1	3	1	3	s	s	s	s	s	s
Sra. MEGF	F	99	1	2	1	3	1	3	s	s	s	s	s	s
Sra. EP	F	99	1	2	1	3	1	3	s	s	s	s	s	s
Total	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22	22

LEGENDA

Sujeitos:

H – homens M – mulheres

Questões norteadoras:

- 1 – Conte-me sobre o seu dia-a-dia, suas atividades diárias, principalmente no uso da água.
- 2 – Como era no passado o uso da água?
- 3 – Fale-me como você vê o uso da água na comunidade.
- 4 – Fale-me o que você entende sobre dengue.
- 5 – Conte-me como você faz para prevenir a dengue em sua casa.
- 6 – O que você acha que pode ser feito para prevenir a dengue?

Síntese:

- (n) – não contribui para compreender as percepções de gênero em idosos com relação à utilização de água no domicílio e suas repercussões na prevenção da dengue.
 (s) – sim, contribui para compreender as percepções de gênero em idosos com relação à utilização de água no domicílio e suas repercussões na prevenção da dengue.

Teoria/autores:

- 1 – Ecologia / ação humana / utilização da água/ evolução da dengue
- 2 – Memória do idoso
- 3 – Autocuidado e as práticas de saúde