

Multicausalidade da dengue no Litoral Norte Paulista: olhando o território e ouvindo quem nele mora

Multicausality of dengue in the North Coast of São Paulo: looking at the territory and listening to those who live in it

Multicausalidad del dengue en la Costa Norte de São Paulo: mirando el territorio y escuchando a quienes lo habitan

Micael Henrique da Silva Santos

<https://orcid.org/0000-0002-1138-9870>

santos.micael@outlook.com.br

Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, São José dos Campos, SP, Brasil

Cilene Gomes

<https://orcid.org/0000-0001-5217-9426>

cilenegomes2011@gmail.com

Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, São José dos Campos, SP, Brasil

Lidiane Maciel

<https://orcid.org/0000-0002-5029-7645>

lidiane@univap.br

Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, São José dos Campos, SP, Brasil

Viviana Mendes Lima

<https://orcid.org/0000-0002-5918-409X>

geolimabrasilch@yahoo.com.br

Universidade do Vale do Paraíba, UNIVAP, São José dos Campos, SP, Brasil

Resumo: Este artigo resulta de um estudo mais amplo sobre a dengue no Litoral Norte Paulista, região cujo processo de urbanização e desigualdade no acesso à habitação e aos serviços urbanos, como o saneamento, desencadeou o surgimento e o retorno de diversas doenças. As categorias espaço geográfico e psicossfera de Milton Santos são utilizadas para contextualizar o processo saúde-doença e a forma como os indivíduos veem o cotidiano. O objetivo é explicitar a visão dos moradores do Litoral Norte Paulista, que contraíram dengue entre os anos de 2002 e 2017, sobre a doença em seus espaços de vida. Trata-se de pesquisa quanti-qualitativa amparada em dados do Ministério da Saúde, IBGE e informações obtidas em entrevistas, com aplicação do método de saturação e de análise de conteúdo. Traz como resultados a visão dos participantes sobre o processo de adoecimento e tratamento da dengue. Como conclusão destaca

a importância de se olhar não somente para o estado clínico, mas para o espaço de vida, uma vez que as raízes dos principais problemas de saúde pública no Brasil são profundas e assentadas em condições de nossa formação social desigual.

Palavras-chave: saúde pública, infecções por arbovírus, cidades, saneamento, causalidade.

Abstract: This article results from a broader study on dengue fever in the Northern Coast of São Paulo, a region whose urbanization process and unequal access to housing and urban services, such as sanitation, have triggered the emergence and return of several diseases. The categories geographic space and psychosphere of Milton Santos are used to contextualize the health-disease process and the way individuals view daily life. The objective is to explicit the view of dwellers of Litoral Norte Paulista, who contracted dengue between 2002 and 2017, about the disease in their living spaces. This is quanti-qualitative research supported by data from the Ministry of Health, IBGE and information obtained in interviews, applying the method of saturation and content analysis. The results show the vision of the participants about the process of becoming ill and the treatment of dengue. In conclusion, it highlights the importance of looking not only at the clinical state, but also at the living space, since the roots of the main public health problems in Brazil are deep and based on conditions of our unequal social formation.

Keywords: public health, arbovirus infections, cities, sanitation, causality.

Resumen: Este artículo es el resultado de un estudio más amplio sobre el dengue en el Litoral Norte de São Paulo, una región cuyo proceso de urbanización y desigualdad en el acceso a la vivienda y a los servicios urbanos, como el saneamiento, desencadenó la aparición y el retorno de varias enfermedades. Las categorías espacio geográfico y psicofera de Milton Santos se utilizan para contextualizar el proceso salud-enfermedad y la forma en que los individuos ven la vida cotidiana. El objetivo es explicar la visión de los habitantes del Litoral Norte Paulista, que contrajeron dengue entre 2002 y 2017, sobre la enfermedad en sus espacios vitales. Se trata de una investigación cuantitativa apoyada en datos del Ministerio de Salud, del IBGE y en informaciones obtenidas en entrevistas, con aplicación del método de saturación y análisis de contenido. Aporta como resultados la visión de los participantes sobre el proceso de enfermedad y tratamiento del dengue. Como conclusión destaca la importancia de buscar no sólo el estado clínico, sino el espacio vital, ya que las raíces de los principales problemas de salud pública en Brasil son profundas y se basan en las condiciones de nuestra formación social desigual.

Palavras clave: salud pública, infecciones por arbovirus, ciudades, saneamiento, causalidad.

INTRODUÇÃO

A urbanização brasileira – em especial no caso paulista – foi impulsionada ainda no final do século XIX pelo cultivo do café e a cadeia de produção marginal que promoveu este ciclo, responsável pela expansão das cidades. A partir da segunda metade do século XX, houve uma intensificação da urbanização no eixo sudeste ligada à industrialização, decorrente de excedentes da produção cafeeira, *pari passu* ao êxodo rural. De acordo com Déak e Schiffer (1999), o Brasil, majoritariamente rural até início do século XX, tornou-se um país urbano com trabalhadores rurais migrando para os centros urbanos em busca de

emprego encontrando uma situação precária, sem uma acomodação satisfatória, e serviços públicos insuficientes (Nascimento et al., 2017).

As desigualdades no acesso à habitação e aos serviços urbanos (sobretudo ao saneamento) produzidas por este processo de urbanização no país, refletiram no padrão de distribuição das doenças (Johansen, Carmo & Alves, 2016). Partindo dessa premissa, observa-se que as doenças relacionadas ao saneamento continuam sendo responsáveis pelo adoecimento nas cidades brasileiras, abarcando as regiões metropolitanas e afetando os segmentos sociais mais pobres (Vilani, Machado & Rocha, 2014).

Dentre as doenças relacionadas ao saneamento e, especificamente, as de veiculação hídrica, destaca-se a dengue. Embora não haja relatos de transmissão pelo *Aedes albopictus* no Brasil, essa doença pode ser transmitida pelo *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus* (Brasil, 2010). A dengue surgiu no Brasil, aproximadamente, na década de 1980 (Braga & Valle, 2007), em quase todas as cidades litorâneas, estendendo-se, nos anos subseqüentes, com a interiorização da doença. O modelo da urbanização brasileira, de construção de casas, saneamento e sistemas de esgoto precários, somados aos parâmetros climáticos, como pluviosidade, umidade e calor, podem tornar-se fatores condicionantes propícios à reprodução do *Aedes aegypti*, e por consequência, da disseminação da doença.

Estimativas apontam que 14 milhões de pessoas morrem, por ano, por doenças infecciosas, sobretudo em países subdesenvolvidos, e que cerca de 2,5 bilhões de pessoas moram em áreas de risco de transmissão do vírus, fazendo da dengue um problema de saúde pública mundial (Brasil, 2010). O Brasil hoje é endêmico para dengue, com um vetor altamente competente para a transmissão nas áreas com alta densidade habitacional e baixas condições sanitárias, onde estão o maior estresse hídrico e a pobreza. Estudos mostram que os impactos negativos causados por infecções por arbovírus não são meramente clínicos, mas também socioeconômicos. Os custos relativos à dengue, representam, no Brasil, 42% dos gastos totais para esse fim no Continente Americano. Além de apresentar o maior percentual de gastos, o Brasil possui a maior população dentre os países das Américas afetados pela dengue. De todos os países do hemisfério ocidental, considerando custos médicos, não-médicos e indiretos, o Brasil destacou-se pelos maiores gastos, por ano, entre os anos de 2000 e 2007, no que se refere à dengue, com média de US\$1,35 bilhão por ano (Shepard et al., 2011). Em 2016, R\$1,5 bilhão foi destinado no país ao combate do vetor e R\$76,8 milhões à aquisição de larvicidas e inseticidas. No mesmo período, R\$175 milhões foram gastos no tratamento da dengue e R\$114 milhões em manutenção de centros especializados em reabilitação. Ademais, R\$293 milhões somam-se ao gasto total em 2016, no Brasil, representando gastos indiretos por perda de produtividade por afastamentos relativos à dengue (Teich, Arinelli & Fahham, 2017).

A literatura ressalta que a repercussão na redução da produtividade gerada pelo absenteísmo ao trabalho, que implica o aumento dos gastos tanto ao sistema de saúde quanto ao previdenciário, é fruto do aumento de hospitalizações e do número de casos (Mendonça, Souza & Dutra, 2009).

Não obstante, a relação entre as doenças relacionadas ao saneamento (sobretudo a dengue) e saúde seja evidente, há uma lacuna no Brasil quanto aos estudos que realizam

avaliação rigorosa dos múltiplos fatores associados e suas particularidades sociais, econômicas, culturais e ambientais. Para tal compreensão, fez-se uso, neste estudo, das categorias de formação socioespacial (Santos, 1997), espaço geográfico (Santos, 1994) e psicofera (Santos, 2006), propostas por Milton Santos. A primeira foi utilizada na compreensão da formação histórica do Brasil e de seus reflexos na Região Metropolitana do Vale do Paraíba e Litoral Norte (RMVPLN), especificamente, no Litoral Norte, Sub-região localizada no extremo leste do Estado de São Paulo, constituída pelos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba.

A categoria 'espaço geográfico' torna-se fundamental para o entendimento do processo saúde-doença, uma vez que é necessário olhar não somente para a doença em si, mas para o território onde se inserem os indivíduos, pois as relações estabelecidas entre os homens e a forma de organização social nesse espaço podem revelar contextos vulneráveis para a saúde e, com isso, contribuir para a tomada de decisão. Por fim, a categoria 'psicofera', nas palavras de Santos (2006) – reino das ideias, das crenças, da memória, da produção de sentidos –, ajuda a esclarecer o pensamento dos sujeitos sobre o cotidiano.

[...] o real não é a teoria, mas o reconhecimento do real da experiência de que falam os conceitos que construímos e que servem para levantar questões sobre o real, refazendo os passos do pensamento que conceituou a coisa da experiência. Podemos dizer, tal teoria é muito mais uma posição filosófica, nos oferece a possibilidade de questionar, de exercitar o pensamento a conhecer a realidade, por si próprio [...] (Kahil, 2010, p. 477).

Entende-se, assim, que, especificamente no Litoral Norte Paulista (LNP), construiu-se a ideia de que o desenvolvimento financiado e promovido pelo Estado, a exemplos da construção e ampliação de rodovias e portos, representa o novo, o moderno, o crescimento. Considerando o Litoral Norte Paulista como uma das Sub-regiões da RMVPLN alvo da sazonalidade turística, este artigo é parte de um estudo mais amplo, no qual buscou-se entender, no contexto de determinantes e condições gerais da formação socioespacial brasileira, incidindo territorialmente nas questões específicas da urbanização desigual, se a insuficiência do saneamento foi um fator influente na proliferação da dengue. E se foi, em que medida o foi, ou em que combinação com outros fatores.

A multicausalidade da dengue nos espaços urbanos tem tornado complexa a compreensão dos fatores que corroboram para a sua expansão (Johansen & Carmo, 2015). O próprio modo de vida da população pode criar ambientes favoráveis à proliferação do *Aedes aegypti*. Outros fatores associam-se às desigualdades sociais, evidenciados em áreas com alta densidade populacional, cuja infraestrutura de saneamento é precária, além de significativa produção e disposição de recipientes descartáveis no meio ambiente (Johansen, Carmo & Alves, 2016).

Nesse contexto, propõe-se explicitar a visão dos moradores do Litoral Norte Paulista, que contraíram dengue entre os anos de 2002 e 2017, sobre a doença em seus espaços de vida.

MATERIAIS E MÉTODOS

O artigo baseou-se em consultas iniciais realizadas com representantes da Secretaria de Saúde e Grupo da Vigilância Epidemiológica (GVE-28), que indicaram os nomes dos coordenadores da Vigilância Epidemiológica dos municípios de Caraguatatuba, Ilhabela, São Sebastião e Ubatuba¹.

Com a realização de estudo prévio, anterior a este artigo, de natureza quantitativa, construído a partir da análise de dados do Ministério da Saúde (MS) e Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)², fundamentou-se a seleção de dois municípios do LNP para compor o cenário da abordagem qualitativa do estudo aqui relatado e discutido, utilizando-se como critérios de escolha aqueles que apresentaram maiores taxa de casos de dengue e pior condição de saneamento no mesmo período (2002-2017).

Foram selecionados dois bairros no município de Caraguatatuba e outros dois no município de Ilhabela, onde a população fosse de baixa renda, conforme mapas com dados do IBGE, e apresentasse elevado número de casos.

Inicialmente pretendia-se entrevistar moradores que não possuíssem vínculo com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e moradores funcionários da rede de saúde que residissem em bairros que atendessem aos critérios de seleção, para análise e comparação da construção de uma psicosfera relativa ao saneamento e à dengue. Como critérios iniciais de seleção dos participantes foram adotados 'ter tido diagnóstico de dengue em algum momento da vida' e 'profissionais de saúde que residissem ou trabalhassem nos bairros selecionados'. Foram contatadas as UBS dos bairros Itaquaduba e Barra Velha (Ilhabela) para a obtenção dos contatos dos moradores que contraíram a doença, mediante uma solicitação formal à Secretaria de Saúde do município de Ilhabela. Igualmente contatou-se os responsáveis pela UBS Tinga e Jaraguazinho (que atende o bairro Rio de Ouro), no município de Caraguatatuba. Foram elencados como participantes 13 moradores e 7 profissionais das UBS responsáveis pela atenção e vigilância à saúde dos territórios geográficos que constituíram cenários deste estudo, porém nenhum residente nos bairros elencados (mas de iguais características aos considerados no estudo – baixa renda e taxas de dengue). A mediação entre o pesquisador e os moradores foi realizada pelos agentes comunitários de saúde (ACS).

A coleta de dados foi realizada a partir de entrevistas norteadas por instrumento semiestruturado, utilizando-se o método de saturação para estipular a conclusão do processo de coleta de dados (Thiry-Cherques, 2009; Glaser & Strauss, 2006). No município de Caraguatatuba foram realizadas nove entrevistas com moradores (dois funcionários na UBS e sete não-funcionários) de quatro diferentes bairros. No município de Ilhabela foram realizadas onze entrevistas, com moradores (cinco funcionários de UBS e seis

1 O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Paraíba sob o número 14783918.1.0000.5503.

2 Foram analisados os seguintes dados – condições de saneamento, número de casos e densidade. A fórmula (número de casos confirmados / população X 1.000) foi utilizada para obtenção da taxa de incidência de dengue por 1 mil habitantes. Optou-se por não calcular a taxa de incidência por 100 mil porque, segundo o IBGE, dos quatro municípios do Litoral Norte Paulista, apenas Caraguatatuba possui população acima de 100 mil.

não-funcionários) de quatro diferentes bairros. Em paralelo às entrevistas, foi realizada observação de campo nos bairros aos quais pertenciam os entrevistados. Levantou-se o perfil dos moradores com dados socioeconômicos, questões de acesso a saneamento (água, esgoto, lixo, drenagem pluvial) e documentação fotográficas, entre outras informações.

O perfil dos participantes da pesquisa constituiu uma população formada pelo sexo feminino e masculino de diferentes faixas etárias³, variando de 26 a 65 anos. Dos 20 pesquisados, oito eram moradores, mas não apresentavam vínculo empregatício com a rede de saúde, e doze, além de moradores dos territórios pesquisados (quatro bairros de cada cidade), eram funcionários das Unidades Básicas de Saúde. As faixas etárias consideraram o *Estatuto da Juventude* (Brasil, 2013) e o *Estatuto do Idoso* (Brasil, 2003) e foram constituídas por quatro jovens (entre 26 e 29 anos), treze eram adultos (entre 33 e 54 anos) e três eram idosos (entre 62 e 65 anos).

O nível de escolaridade dos participantes da pesquisa foi variado: dois não concluíram o Ensino Fundamental; uma concluiu o Ensino Fundamental; oito concluíram o Ensino Médio; cinco não concluíram o Ensino Superior e quatro concluíram o Ensino Superior.

Em geral, a renda dos participantes da pesquisa também é baixa; dois são autônomos; uma trabalha como ajudante de cozinha; outro é garçom; uma é auxiliar de serviços gerais; outro é eletricitista; cinco são auxiliares administrativos; outra é auxiliar de saúde bucal; três são agentes comunitários de saúde; duas são auxiliares de enfermagem; uma é enfermeira; outra é professora aposentada e apenas um é empresário.

O método de análise de conteúdo (Bardin, 2011) foi utilizado para avaliação de conteúdos relevantes concernentes aos serviços de saúde, à desinformação, à política, ao contexto sociocultural e às condições de vida. Dados extraídos das entrevistas permitiram uma análise do senso comum quanto às áreas com maiores taxas de dengue (Meihy & Holanda, 2015).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Litoral Norte Paulista: espaço que acolhe e segrega

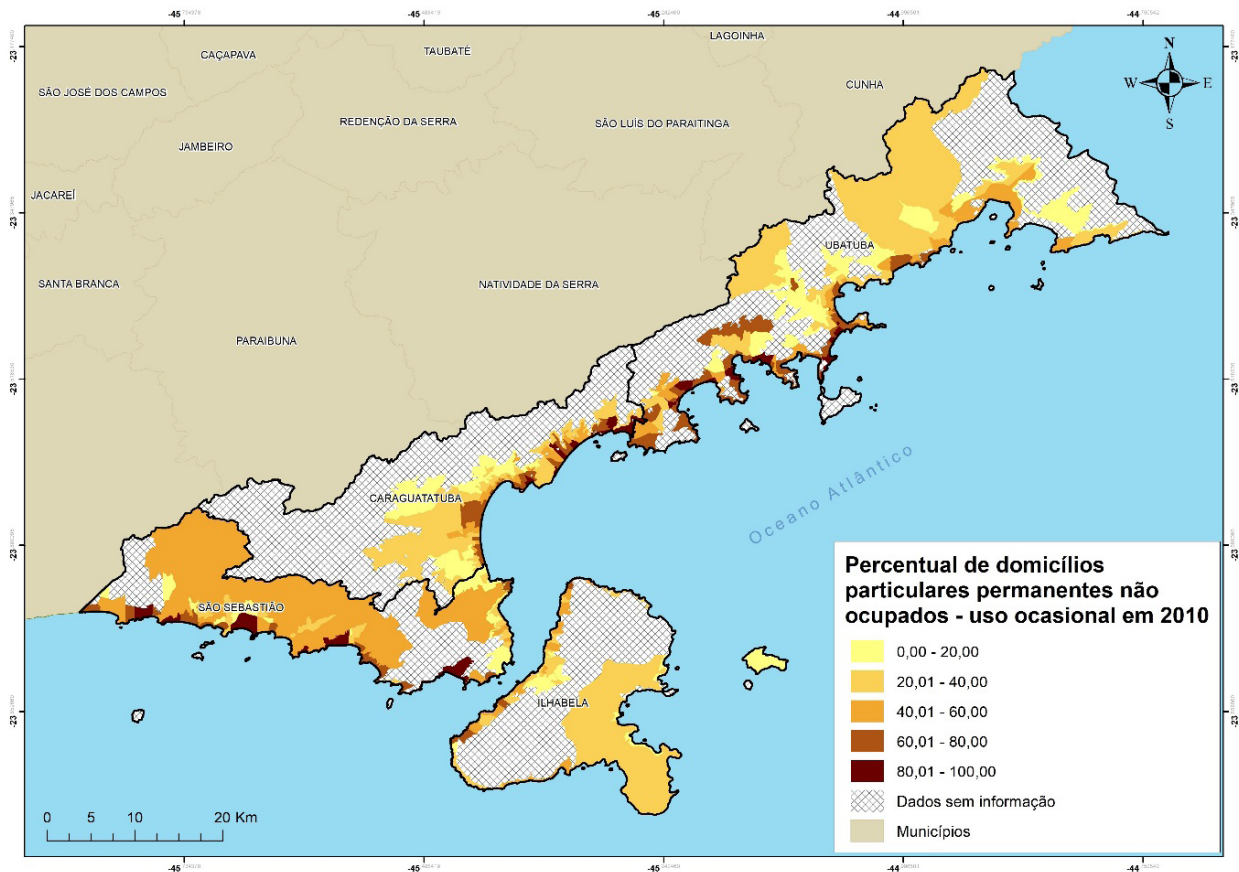
O turismo é uma das principais atividades econômicas do LNP, todavia, o processo de produção do espaço capitalista, amparado na especulação imobiliária, faz com que o LNP exerça tanto as funções de acolher os turistas e veranistas quanto a de segregar os moradores de baixa renda. Ambas são evidenciadas pela posição da Rodovia Doutor Manoel Hyppolito Rego (SP-055) que assume uma barreira física entre as áreas de veraneio e as moradias das pessoas de baixa renda, contribuindo para a segregação socioespacial relacionada à renda (Instituto Pólis, 2013). Assim, pode-se pensar que a segregação urbana se equipara à cidade, em sua totalidade, como um amplo quebra-cabeças, composto por

3 No intuito de preservar a identidade dos participantes da pesquisa conforme diretrizes do Comitê de Ética em Pesquisa, utilizou-se, neste artigo, nomes de flores para identificação das narrativas.

peças diferenciadas, onde cada indivíduo tem conhecimento do seu lugar, sentindo-se, portanto, forasteiro nos demais (Sousa et al., 2016).

Na década de 1990, a rápida expansão urbana, principalmente nos municípios de Caraguatatuba e parte central de São Sebastião, promoveu a ocupação de espaços, até então vazios, próximos à orla marítima. Apesar de o ano de 2000 ter sido marcado pela desaceleração da expansão urbana da elite no LNP, houve ocupação de encostas de morro. Esse declínio da expansão urbana repercutiu no ritmo inexpressivo de crescimento populacional e vice-versa. Ao olhar para o LNP, com base em análise de dados do IBGE e observações de campo, constata-se que a orla marítima, principalmente em municípios como Ubatuba e São Sebastião, é ocupada, sobretudo, por domicílios de segunda residência, enquanto as partes centrais dos municípios são ocupadas por residências de moradores fixos (Fig. 1). Ressalta-se que a população de maior renda está concentrada próxima à orla marítima e a população de baixa renda se concentra em áreas próximas à Serra do Mar, muitas vezes em assentamentos precários, em áreas caracterizadas pela existência de situações de risco geológico, irregularidade fundiária e oferta insuficiente de serviços como saneamento, saúde e educação (Instituto Pólis, 2013).

Figura 1: Percentual de domicílios particulares permanentes de uso ocasional, em 2010, no LNP.



Fonte: Elaborado a partir de IBGE (2010).

Os impactos sociais e econômicos da dengue na visão dos participantes

Os impactos gerados pela dengue, de acordo com a literatura (Rocha, 2005), não são meramente clínicos, mas também econômicos e sociais, e afetam diretamente a frequência dos alunos nas escolas e nas universidades. O impacto na educação pode ser evidenciado em uma das narrativas de uma entrevistada: *“Foi bem complicado, porque eu tava estudando, aí tive uma pneumonia, aí, assim que o médico me liberou da pneumonia, me deu alta, aí, em seguida, eu voltei a ter sintomas – febre alta e muita dor no corpo –, aí, voltei pro hospital, aí o hospital dizia que eu não estava com Dengue, que eu estava com pneumonia. Eu falei: não, eu já tive pneumonia, já sarei e fui liberada pra escola”* (Rosa, 51 anos).

O trabalho é elucidado pelos participantes da pesquisa de diferentes formas, seja por sua valorização, pelas consequências diretas geradas pela dengue ou pela exaustiva jornada de trabalho: *“Eu trabalhava numa pousada. Numa tarde, eu comecei a tipo assim, a sentir frio, e tava quente. Fui pra casa normal, mas ainda com aquele frio, aí me deitei e dormi. Quando acordei, eu tava ruim, sabe? Dor de cabeça, dor no fundo dos olhos... No dia seguinte, eu nem fui trabalhar”* (Bromélia 52 anos); *“eu tava trabalhando, aí comecei a sentir muita dor no corpo”* (Astromélia, 65 anos); *“eu subi no telhado na casa da senhora que eu tava trabalhando e depois de uma semana, comecei já a passar mal”* (Cravo, 46 anos); *“uma dor de cabeça intensa, fraqueza no corpo, tive desmaio, foi bem forte. Apesar que tem os níveis, né? A, B, C, D, E. O meu, pra eles, foi leve, foi A, mas, assim, o primeiro dia, que realmente eu passei mal, eu tive tudo isso aí – uma diarreia, vômito, foram muitos sintomas fortes –, entendeu? Aí, diagnosticaram, na época, que seria dengue por conta dos sintomas e a epidemia, né? – que tava tendo há um tempo, né? Eu trabalhei o dia todo”* (Dália, 40 anos); *“os patrões tinham viajado, eu tava sem folga. Eu tava cansada, mas eu pensei que eu tava cansada porque eu não tava tendo folga, aí eu fui aguentando a dor no corpo e trabalhando”* (Jasmim, 31 anos); *“eu vou todo ano pra Fernando de Noronha fazer comida lá [...] Precisava trabalhar, precisava fazer as coisas [...]”* (Antúrio, 39 anos).

De modo geral, estas narrativas exprimem situações emblemáticas pelas quais os trabalhadores brasileiros passam. Trata-se de uma mistura de medo, responsabilidade e exaustividade. Sintomas foram confundidos com cansaço e o medo da demissão, em diversas situações, colocou em risco a saúde.

Indubitavelmente, o conteúdo de algumas entrevistas revelou o grau de importância que essas pessoas atribuem ao trabalho. O aumento da produtividade capitalista no mundo moderno, cujas jornadas de trabalho são desgastantes, faz com que a condição socioeconômica ‘insuficiente’ do indivíduo seja um fator decisivo na supervalorização do trabalho, em detrimento da própria saúde.

Impasses no diagnóstico e relação com a rede de saúde

Diferentemente das mulheres, a literatura indica que, em geral, há uma busca tardia pelos serviços de saúde por parte dos homens, e que, muitas vezes, a construção social da masculinidade acaba influenciando no autocuidado masculino (Sousa et al., 2016). Entretanto, neste estudo, nota-se que, além de não haver divergência entre os sexos com relação à demora na busca de atendimento médico, o diagnóstico da dengue se deu por

meio de outras doenças: *“meu primeiro sintoma foi febre e o meu corpo inchou e empolou tudo, tudo mesmo. Depois, foi no outro dia que eu senti dores de cabeça, ardência nos olhos, mas pra mim foi difícil saber que era Dengue, porque eu tava passando por um estresse, né?”* (Margarida, 26 anos); *“eu sempre confundo né, porque eu tenho crise de enxaqueca. Eu sempre confundo, então acabo deixando”* (Lisianthus, 31 anos).

Percebe-se ainda a dificuldade que os serviços de saúde têm em diagnosticar a dengue e a negligência por parte de alguns profissionais de saúde, explicitadas nas narrativas a seguir: *“nos meus exames não constou. Fiz duas vezes, duas coletas, não constava. Mas eu tive todos os sintomas. Eu fiz a coleta, não deu. Me pediram a recoleta, também não deu, mas fiquei de cama. Todos os sintomas da dengue, todos – dor no corpo todinho, dor nas juntas, sem levantar da cama –, fiquei dois dias em casa, mas no exame mesmo não foi diagnosticado”* (Gérbera, 38 anos); *“eu fui pra casa, fiquei em casa tomando só água e umas medicações pra tirar a febre, mas ninguém sabia o que eu tinha [...] aí fui pro posto, aí cheguei no posto, conversei com as meninas, elas não quiseram me atender, voltei pra casa. Aí voltei de novo pro posto, aí eu falei: ‘gente, eu não tô me sentindo bem’. Aí foi quando me colocaram no soro com antialérgico, aí tiraram a minha sorologia, me mandaram pra casa, depois veio o resultado e foi confirmado que eu tava com dengue, só que aí eu praticamente já estava saindo do sintoma mais difícil, já tava se curando já”* (Rosa, 51 anos).

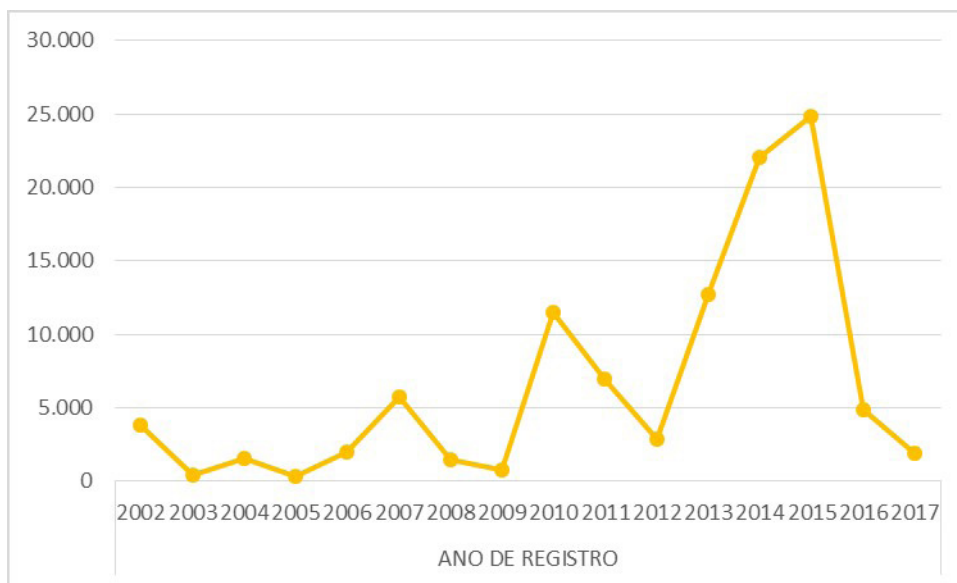
Essas falas chamam a atenção do poder público, sobretudo dos secretários municipais, para a necessidade de investimento nesses profissionais de saúde. Embora haja um esforço do Ministério da Saúde com relação à educação e ao desenvolvimento dos profissionais (inúmeros cursos à distância, Universidade Aberta do SUS, entre outros), pouco é ofertado/cobrado quando o assunto é atenção em saúde e educação permanente profissional para o diagnóstico e manejo da dengue: *“dois dias depois, eu comecei a ficar fraco e com dor de cabeça. Falei: Será que eu peguei também? Fui no hospital, cheguei no hospital, o mesmo procedimento, só que as minhas plaquetas não abaixaram. O cara falou: você não tem dengue. Fui embora. No outro dia, eu não melhorei – dor de cabeça, tudo incomodando, preguiça, mal estar –, tudo o que tava na minha frente não tava legal. Voltei pro hospital. A moça falou: Faz o exame de novo. Não é possível que o cara te liberou. O seu sintoma é de Dengue. Fiz novamente o exame, minhas plaquetas tinham abaixado”* (Antúrio, 39 anos).

A busca imediata dos participantes da pesquisa que não trabalham na rede de saúde, na maioria das vezes pelo hospital e, posteriormente pela UBS, denota desinformação, uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) contempla as atividades primária, secundária e terciária que visam atender casos de baixa, média e alta complexidade, e que a UBS é a porta de entrada do usuário no sistema (Brasil, 2007), vinculada ao suprimento de suas necessidades. Mas segundo Rocha (2005), os serviços de pronto-socorro tornaram-se ambientes de solução rápida do problema, no entendimento dos que os procuram. Por outro lado, a alta demanda acarreta superlotação dos serviços. Hábito, mania, comodismo e costume foram substantivos utilizados para explicar o motivo da busca espontânea pelo hospital: *“porque era mais... sei lá... mania que a gente tem de ir no hospital, fui no hospital”* (Bromélia, 52 anos); *“por hábito, acho. Crise forte de dor de cabeça, fui”* (Helicônia, 47 anos); *“eu fui pro hospital por comodismo, não sei... por... por costume, às vezes é costume mesmo. Eu vou pro hospital direito”* (Lisianthus, 31 anos).

Fatores desencadeantes da dengue na ótica dos participantes da pesquisa

De acordo com a Figura 2, os números de casos de dengue registrados no LNP são preocupantes, variando entre 320 casos em 2005 e 24.877 casos em 2015. Considerando os casos da doença confirmados no período de 2002 a 2017, nos anos de 2013, 2014 e 2015, a Sub-região confirmou os maiores números de casos, tendo registrado 12.697, 22.018 e 24.877 casos respectivamente.

Figura 2: Número de casos de dengue confirmados no Litoral Norte Paulista entre os anos de 2002 e 2017.



Fonte: elaborado a partir de Brasil (2019).

O Quadro 1 mostra os fatores que, na percepção dos moradores participantes da pesquisa, mais contribuem para o aumento do número de casos de dengue no LNP.

Quadro 1: Fatores que contribuem para o aumento do número de casos de dengue no LNP de acordo com a visão dos participantes da pesquisa.

MORADORES	RELATOS DOS PARTICIPANTES DA PESQUISA
5	mencionaram o saneamento, destacando o lixo como principal fator
1	a capacidade de adaptação do <i>Aedes aegypti</i> em água suja, remetendo-se às fossas de esgoto sanitário no município em que reside
5	a deseducação
2	as casas de veraneio desocupadas,
2	a desinformação
1	a irresponsabilidade
1	a natureza
1	a cultura
1	o desinteresse
1	o acúmulo de água em calhas

A partir das respostas obtidas durante as entrevistas, nota-se uma preocupação e recepção da população sobre os problemas relacionados à dengue nos municípios, conforme narrativas apresentadas. A sensibilidade de uma moradora quanto à superficialidade dos cuidados paliativos no combate à dengue transparece em uma de suas falas: *“colocar areia nos vasos de plantas, eu acho que é uma coisa que a maioria faz. O que mais prejudica é os lixos jogados nos bairros”* (Gardênia, 54 anos). Para outra moradora, o maior problema realmente é o saneamento, mas em sua visão, está interligado à deseducação da população: *“tem gente que joga lixo, né. Esse é o maior problema. A população mesmo joga lixo, principalmente tampinhas, tudo junta água, é foco pra dengue”* (Jasmim, 31 anos).

De acordo com um morador, o fator principal que contribui para o aumento dos casos da doença é natural: *“não é só a piscina que o cara nunca limpou. Ah! Tem pneu ali. Beleza. Esses são efeitos que o homem jogou lixo e ocasionou. Agora, a natureza também tem um meio de pôr água e virar um foco”* (Antúrio, 39 anos).

Na perspectiva de outra moradora, o vilão é o lixo: *“o pessoal que têm bromélias é bem assistido pelo pessoal da dengue, mas eu não vejo problema nas bromélias. Eu acho que o grande problema é o lixo mesmo”* (Helicônia, 47 anos).

Um estudo realizado por Silva (2007) na cidade de Pimenta Bueno, estado de Rondônia, cujo objetivo era indicar a capacidade de reprodução do *Aedes aegypti* em fossas sanitárias domésticas, constatou a presença no local na forma de larvas e pupas. Essa constatação legitima uma das falas de um entrevistado, ao dizer que *“a qualidade da água não interessa mais. Eles reproduzem em qualquer tipo de água parada, parece”* (Antúrio, 39 anos).

Uma das narrativas traz à tona a ferida aberta da desigualdade e a sua repercussão na cultura dos moradores: *“o pessoal que eu trabalho, a cultura deles é outra, é gente de classe média pra alta. Agora, quando eu vou em classe média pra baixa, ninguém tá aí pra nada. O pessoal de alto padrão se preocupa mais”* (Cravo, 46 anos). Entretanto, há uma contradição em outras falas: *“aquí tem muitas casas de veraneio, então, as piscinas, às vezes, ficam largadas”* (Dália, 40 anos); *“eu reclamava, porque o vizinho tinha casa de temporada e tinha duas piscinas. Uma hora tinha caseiro, outra hora não tinha”* (Jasmim, 62 anos).

Diversas foram as alegações de irresponsabilidade e deseducação por parte dos próprios moradores: *“o meu bairro tem saneamento básico, só que a gente tem muitos vizinhos que acumulam materiais no quintal, que acabam gerando foco de dengue”* (Begônia, 53 anos); *“eu acho que vai da população mesmo, da gente fazer a nossa parte. Eu acho que as pessoas já sabem e não fazem. É bem a cara do brasileiro”* (Gérbera, 38 anos); *“eu acho que o que acaba contribuindo mais pra dengue é a educação. Se as pessoas tivessem uma educação, uma orientação correta e força de vontade de contribuir com o bem-estar de todos, acho que a dengue seria de casos quase que zero”* (Narciso, 26 anos); *“o povo, infelizmente, é mal-educado. Não adianta”* (Astromélia, 65 anos).

O desinteresse é explicitado na fala de uma moradora, ao ser questionada sobre os panfletos contendo informações de prevenção e controle da dengue, que a prefeitura distribui à população: *“Eu não vou perder meu tempo lendo aquilo, né. Interesse em querer saber, eu não tenho”* (Dália, 40 anos).

Um último fator mencionado, mas não menos importante, é o acúmulo de água em calhas: *“Eu subi no telhado, na casa de uma senhora que eu tava trabalhando, e depois de uma*

No contexto geral, ainda que o saneamento tenha sido apontado por seis participantes da pesquisa como principal fator que contribuiu para o aumento dos casos de dengue no litoral, não é visto pelos moradores como deficiência ou negligência do poder público. O lixo, enquanto problema, atribui-se mais à questão cultural, em vista da percepção de seis participantes da pesquisa ao apontarem a ‘deseducação’ como principal fator.

CONCLUSÃO

Mais do que um simples olhar para a doença que os indivíduos apresentam, faz-se necessário um olhar para os espaços e condições de vida, onde estão as condições de moradia e acesso fundamentais, muitas vezes, para o enfrentamento de problemas de saúde pública. Cuidados paliativos, muitas vezes, escondem raízes profundas do problema – conjugadas aos contextos da formação socioespacial do país, quando não se estabelecem políticas públicas na atenção primária à saúde como campanhas educativas intensas e fiscalizações mais severas em especial nas casas de veraneio.

Este artigo revela diversos fatores que, possivelmente, contribuíram para o aumento da taxa de casos de dengue no LNP entre os anos de 2002 e 2017. Embora a segregação socioespacial, evidente na Sub-região por meio dos dados de saneamento, não tenha sido, ainda que diretamente, citada pelos participantes da pesquisa, a desigualdade social e cultural, a desinformação, a deficiência no saneamento e, até mesmo, fatores naturais (acúmulo de água em bromélias) não passam despercebidos aos olhos dos moradores, o que torna a dengue um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e, especificamente, no LNP.

Além da multifatorialidade, o fato de a dengue não ser um problema local, mas sim regional, devido à capacidade de dispersão do vírus, torna o desafio na saúde pública ainda maior. Ademais, no que tange ao diagnóstico, as entrevistas trouxeram à tona uma busca tardia pelos serviços de saúde, incisivamente justificada por sintomas semelhantes aos de doenças pré-existentes, dimensão presente na psicosfera, ou seja, representações coletivas de que não era nada importante. A busca expressiva por hospitais, evidenciada nas entrevistas, alerta para a necessidade de ações informativas quanto à correta caminhada pelo Sistema Único de Saúde, uma vez que a incompreensão dos serviços de urgência e emergência por parte da população sobrecarrega estas unidades de saúde. O desconhecimento do SUS pelos brasileiros pode tanto indicar a prevalência de uma psicosfera social relativamente alheia às ações do Estado, quanto o desinteresse e/ou despreparo do Estado no fortalecimento de relações educativas e de comunicação com os cidadãos.

Por fim, para além da visão dos moradores, na ótica dos pesquisadores, sugere-se que, em outros estudos, faça-se o levantamento do índice larvário em locais que abranjam domicílios de segunda residência. Tais domicílios, pertencentes a segmentos sociais com boas condições, sobretudo econômicas, tendem a possuir piscinas que, devido à frequência sazonal de seus proprietários, podem se tornar foco do mosquito, o que pode demonstrar, por hipótese, uma falta de cuidado em relação à presença do mosquito, afetando a população da circunvizinhança.

Entende-se, deste modo, que, apesar da existência do pensamento de que uma classe social denota maior acessibilidade à informação e boas condições socioeconômicas quando comparada a outra, a dengue independe de classes, sendo um problema de todos. Isso porque a questão cultural ligada aos privilégios de alguns segmentos sociais quanto às suas condições de vida e, de outro lado, às condições inexistentes ou precárias de outras parcelas da população, constitui o problema de desigualdades estruturais engendrado pela formação social, que, em sua raiz perpetua e agrava o problema maior de visões e ações individualistas – a psicosfera do individualismo –, em detrimento do pensar no bem de todos e no agir coerente a este pensar, o que, aliás, em boa medida, emergiu igualmente durante a pandemia de Covid-19.

REFERÊNCIAS

- Bardin L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Braga, I.A., & Valle, D. (2007). *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(2), 113-118.
- Brasil. (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Assistência de média e alta complexidade no SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS.
- Brasil. (2010). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso*. 8. ed. Brasília.
- Brasil. (2019). *Sistema Eletrônico do Serviço de Informação ao Cidadão*. Brasília: E-SIC. Recuperado de <https://www.e-sic.df.gov.br/Sistema/>
- Déak, C., & Schiffer, S.T.R. (1999). *O processo de urbanização no Brasil*. 2. ed. São Paulo: EDUSP.
- Glaser, B.G., & Strauss, A.L. (2006). *The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research*. New York: Aldine Transaction.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). *Censo Demográfico - 2010*. Brasília. Recuperado de <https://censo2010.ibge.gov.br/>
- Instituto Pólis. (2013). *Resumo Executivo Dinâmicas Regionais Litoral Sustentável*. São Paulo: Instituto Pólis. Recuperado de <https://polis.org.br/publicacoes/resumo-executivo-dinamicas-regionais-litoral-sustentavel-desenvolvimento-com-inclusao-social/>
- Johansen, I.C., & Do Carmo, R.L. (2015). A multicausalidade da Dengue nos espaços urbanos brasileiros. In: Do Carmo R.L. (org.). *Dengue e Chikungunya: estudos da relação entre população, ambiente e saúde*. (pp. 9-59). Campinas: Textos NEPO.
- Johansen, I.C., Do Carmo, R.L., & Alves, L.C. (2016). Desigualdade social intraurbana: implicações sobre a epidemia de dengue em Campinas, SP, em 2014. *Cadernos Metrópole*, 18(36), 421-440.
- Kahil, S.P. (2010). Psicoesfera: uso corporativo da esfera técnica do território e o novo espírito do capitalismo. *Sociedade & Natureza*, 22(3), 475-85.
- Lei n. 12.852, de 5 de agosto de 2013. (2013). Institui o Estatuto da Juventude e dispõe sobre os direitos dos jovens, os princípios e diretrizes das políticas públicas da juventude e o Sistema Nacional de Juventude – SINAJUVE. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112852.htm
- Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. (2003). Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm
- Meihy, J.C.S. & Holanda, F. (2015). *História oral: como fazer, como pensar*. 2. ed. São Paulo: Contexto.

- Mendonça, F.A., Souza, A.V., & Dutra, D.A. (2019). Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. *Sociedade & Natureza*, 21(3), 257-69.
- Nascimento, C.A.S., Vianna, M.A., Ramos, D.A.L., Villela, L.E., & Francisco, D.N. (2017). A migração do campo para os centros urbanos no Brasil: da desterritorialização no meio rural ao caos nas grandes cidades. *Anais do Congresso Internacional Fórum Universitário Mercosul*. Salvador, Brasil, 16. pp. 27-29.
- Rocha, A.F.S. (2005). *Determinantes da procura de atendimento de urgência pelos usuários nas unidades de pronto atendimento da secretaria municipal de saúde de Belo Horizonte*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, MG, Brasil.
- Santos, M. (1994). O Retorno do Território. In M. Santos, M.A.A. Souza, & M.L. Silveira (org.). *Território. Globalização e Fragmentação*. (pp. 15-20). São Paulo: HUCITEC-ANPUR.
- Santos, M. (1997). *Espaço e método*. 4. ed. São Paulo: Nobel.
- Santos, M. (2006). *A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção*. 4. ed. São Paulo: EDUSP.
- Shepard, D.S., Coudeville L., Halasa, Y.A., Zambrano, B., & Dayan, G.H. (2011). Economic impact os dengue illness in the Americas. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 84(2), 200-207.
- Silva, E. (2007). *Reprodução do Aedes aegypti em fossas de esgotamento sanitário no bairro dos pioneiros, zona urbana de Pimenta Bueno – Rondônia, Amazônia Ocidental*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, UnB, Brasília, DF, Brasil.
- Sousa, A.R., Queiroz, A.M., Florencio, R.M.S., Portela, P.P., Fernandes, J.D., & Pereira, A. (2016). Homens nos serviços de atenção básica à saúde: repercussões da construção social das masculinidades. *Revista Baiana de Enfermagem*, 30(3), 1-10.
- Vilani, R.M., Machado, C.J.S., & Rocha, É.T.S. (2014). Saneamento, dengue e demandas sociais na maior favela do Estado do Rio de Janeiro: a Rocinha. *Vigilância Sanitária em Debate*, 2(3), 18-29.
- Teich, V., Arinelli, R., & Fahham, L. (2017). *Aedes aegypti* e sociedade: o impacto econômico das arboviroses no Brasil. *J. bras. Econ. Saúde*, 9(3), 267-76.
- Thiry-Cherques, H.R. (2009). Saturação em pesquisa qualitativa: estimativa empírica de dimensionamento. *Revista PMKT*, 3(2), 20-7.

Recebido em 11/ago./2021

Versão corrigida recebida em

Aceito em 17/set./2022

Publicado em 01/out./2022