

Perfil clínico-epidemiológico dos casos suspeitos de Dengue em um bairro da zona sul de Teresina, PI, Brasil

Clinical-epidemiologic profile of Dengue suspicious cases in a district in the south zone of Teresina, PI, Brazil

Perfil clínico-epidemiológico de los casos sospechosos de Dengue en un distrito de la zona sur de Teresina, PI, Brasil

Polyana da Costa Ribeiro¹, Débora Costa de Sousa¹, Telma Maria Evangelista de Araújo¹

¹Universidade Federal do Piauí, Departamento de Enfermagem, Teresina, PI

Submissão: 13/02/2007

Aprovação: 01/12/2007

RESUMO

O objetivo foi traçar o perfil clínico-epidemiológico dos casos suspeitos de Dengue em um bairro da zona sul de Teresina. Realizou-se um estudo descritivo-exploratório, por meio de inquérito domiciliar mediante aplicação de formulário com 28 pessoas. 88,9% tinham coleta de lixo 3 vezes por semana; 57,1% dos depósitos encontrados foram material de construção/peças de carro; 75% destinam as águas servidas a céu aberto; 60,7% desenvolveram primo-infecção, 75% realizaram sorologia, com 33,3% confirmados. Faltou uma maior efetividade de ações de saneamento por parte do poder público e um envolvimento da população no desenvolvimento de medidas preventivas no combate à dengue.

Descritores: Dengue/epidemiologia; Prevenção primária; Infra-estrutura sanitária.

ABSTRACT

The objective of the study was to establish a clinical-epidemiologic profile of Dengue suspicious cases in a district in the south zone of Teresina, PI, Brazil. This study is a descriptive-exploratory survey in which it was applied a questionnaire to 28 residents of the mentioned district. 88.9% had garbage collection 3 times per week; 57.1% of the deposits had construction material or car parts; 75% destined served waters to opencast; 60.7% had developed first-infection, 75% were submitted to serology, 33.3% cases were confirmed. More effectiveness of sanitary action by government and population involvement in the development of preventive programs is missed in the fight against Dengue.

Descriptors: Dengue/epidemiology; Primary prevention; Health infrastructure.

RESUMEN

El un objetivo del estudio fue establecer un perfil clínico-epidemiológico de los casos sospechosos de Dengue en un distrito de la zona sur de la ciudad de Teresina, PI, Brasil. Tratase de un estudio descriptivo-exploratorio en lo cual se aplicó un cuestionario a 28 residentes del área del estudio. 88,9% tenían colección de basura 3 veces por la semana; 57,1% de los depósitos analizados tenían material de construcción o piezas de auto; 75% de las casas tenían el escoto con destino a áreas libres; 60,7% tuvieron prima-infección, 75% fueron sometidos a serología, con 33,3% confirmaciones. Mayor efectividad de acciones sanitarias por el gobierno y un involucimiento de la población en el desarrollo de programas preventivos de combate a la Dengue son necesarios.

Descritores: Dengue/epidemiología; Prevención primaria; Infraestructura sanitaria.

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral aguda, transmitida pelo mosquito, o *Aedes aegypti*. É a arbovirose de maior importância em Saúde Pública e a que causa mais impacto em termos de morbimortalidade na população mundial, atingindo anualmente cerca de 50 milhões de pessoas. Apresenta grande potencial de expansão e um caráter endemo-epidêmico em praticamente todos os continentes do globo⁽¹⁾.

Na etiologia da dengue estão envolvidos quatro sorotipos virais da família Flaviviridae, denominados Den-1, Den-2, Den-3 e Den-4. Clinicamente, a doença pode manifestar-se sob cinco possibilidades: Assintomática; Oligossintomática; Dengue Clássica; Febre Hemorrágica da Dengue/Síndrome do Choque da Dengue (FHD/SCD) e formas atípicas. A dengue clássica pode apresentar em alguns casos, fenômenos hemorrágicos menores como petéquias, epistaxe e gengivorragia, tornando necessário o diagnóstico diferencial com a FHD/SCD. As principais doenças que fazem o diagnóstico diferencial são: influenza, rubéola e outras doenças exantemáticas, hepatite infecciosa, hantavírus, rickettsioses. Além destas, outras doenças devem ser consideradas de acordo com a situação epidemiológica de cada região^(2,3).

Na forma benigna, trata-se de uma doença incapacitante por, no mínimo sete dias, acarretando considerável comprometimento geral e conseqüentemente faltas ao trabalho e a escola, além dos custos da atenção clínica e laboratorial⁽⁴⁾.

Na dengue hemorrágica as manifestações clínicas iniciais são as mesmas da dengue clássica, porém evoluem rapidamente para sintomas hemorrágicos de gravidade variável. O caso típico é caracterizado por febre alta e fenômenos hemorrágicos que vão desde leves sangramentos gengivais às manifestações graves, como hemorragia gastrointestinal, intracraniana e derrames. Já os casos mais graves, diferenciam-se pelos sinais de insuficiência circulatória e choque, podendo levar o paciente a óbito, em 12 a 24 horas, ou à recuperação através de um tratamento antichoque apropriado⁽⁵⁾.

A Organização Mundial de Saúde - OMS estima que 3,5 bilhões de pessoas no mundo vivem atualmente em áreas com o vetor da dengue. Em nosso continente, o *Aedes aegypti* está presente desde o sul dos Estados Unidos até o Uruguai. Também no Brasil, a situação epidemiológica da dengue merece permanente atenção, pois vem ocorrendo uma rápida disseminação. Em 2001, 3.587 municípios das 27 unidades federadas encontravam-se infestados e a transmissão da infecção já ocorria em 2.262 municípios de 24 estados⁽⁶⁾. No período decorrido entre 1998 e 2001, houve aumento dos casos de dengue notificados no nordeste, enquanto que entre 1999 e 2001, o Piauí notificou 20.223 casos de dengue e no ano de 2005, foram 7.454 casos confirmados da doença^(6,7).

No estado do Piauí circulam os três sorotipos da dengue: Den-1, Den-2 e Den-3. O número de casos registrados no primeiro trimestre do ano de 2006 foi de 166 casos de dengue em janeiro, 292 em fevereiro e 303 em março, sendo a incidência de 25,06 por 100.000 habitantes⁽⁸⁾. Foram notificados no primeiro semestre de 2004, 1.127 casos de dengue, já em 2006, essa frequência aumentou para 4.529 casos. Nota-se então, que a dengue tende a apresentar comportamento epidêmico essencialmente nos períodos de janeiro a junho⁽⁹⁾. Dos 4.529 casos registrados nesse período, observou-se que 1.366 foram atribuídos ao dengue clássico, 43 à

dengue com complicações, 22 à febre hemorrágica do dengue, 2 à síndrome do choque do dengue, 1.038 casos descartados e o que é mais agravante: 2.058 casos foram ignorados⁽¹⁰⁾.

No Piauí cerca de 14 municípios tiveram seu Índice de Infestação Predial (IIP) igual a zero, 8 municípios com o IIP maior que zero e menor que um; 32 municípios com o IIP maior que um e 168 municípios sem qualquer informação. Na cidade de Teresina (PI) o IIP é de 2,41%⁽¹¹⁾.

É de fundamental importância conhecer o número de casos notificados e/ou confirmados da dengue porém, no momento torna-se relevante e emergencial a necessidade de se fazer uma avaliação epidemiológica da doença, visto que servirá de subsídios para re (orientar) ações e até mesmo avaliar o impacto do Programa de Controle da Dengue no Estado do Piauí. Nesta perspectiva o presente estudo propõe traçar o perfil clínico - epidemiológico dos casos de dengue em um bairro de Teresina (PI), no primeiro semestre de 2006.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório realizado por meio de inquérito domiciliar, no bairro Bela Vista, zona sul de Teresina, PI.

A população do estudo foi composta por todas as pessoas que se constituíram em casos suspeitos de dengue e que foram notificadas no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) no primeiro semestre de 2006, por ser considerado período de epidemia da doença no município. Assim, de um total de 33 pessoas, apenas 28 participaram da pesquisa, sendo que o restante foi excluído por conta de fatores como endereços insuficientes e/ou não localizados, além de mudanças de residências.

Adotou-se a definição de caso suspeito de dengue utilizada pelo Ministério da Saúde (MS)⁽³⁾, ou seja, todo paciente que apresentou febre com duração de até 7 dias acompanhada de dois ou mais dos seguintes sintomas: cefaléia, dor retro-orbitária, mialgia, artralgia, prostração ou exantema, associados ou não a presença de hemorragias, além de ter estado nos últimos 15 dias, em área onde esteja ocorrendo transmissão de dengue ou tenha a presença do *Aedes aegypti*.

A coleta de dados foi realizada no período de setembro/outubro de 2006, mediante a utilização de dois instrumentos: a ficha de notificação do SINAN, arquivada e organizada por semanas epidemiológicas na SESAPI (Secretaria de Saúde do Piauí), para identificação dos casos com os respectivos endereços e, um formulário contendo questões fechadas e mistas, sendo este, previamente submetido à pré-teste.

O inquérito foi agendado conforme a conveniência dos participantes do estudo e realizado após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Posteriormente, foram desenvolvidas atividades de educação em saúde por meio da entrega de folders informativos sobre a dengue e febre amarela, cedidos pela Fundação Municipal de Saúde (FMS), como forma de sensibilização da clientela.

Os principais aspectos abordados foram: sexo, idade, procedência (considerando capital, interior do estado ou outros), escolaridade em anos de estudo, renda em salários mínimos, sistema de coleta de lixo (levando em consideração frequência, forma de acondicionamento e destino dado ao lixo), tipos de depósito que

têm na residência (segundo a classificação do Sistema de Informação de Febre Amarela e Dengue-SISFAD), rede de esgoto, atuação da FMS no combate ao mosquito ou larva em domicílio, ocorrência ou não de primo-infecção, viagem para alguma localidade endêmica, manifestações clínicas, internação, realização de exame diagnóstico e resultados dos exames, além da participação das associações de bairro na prevenção e controle da dengue.

Obedeceu-se a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS)⁽¹²⁾, sendo a pesquisa realizada somente após aprovação pelo Comitê de Ética da SESAPI e da Universidade Federal do Piauí (Parecer nº 104104/2006).

Inicialmente, realizou-se uma revisão e codificação manual para as perguntas abertas de cada formulário, com o objetivo de agrupar respostas de acordo com a frequência. Em uma segunda etapa, os dados foram submetidos à digitação e tabulação no Software SPSS, versão 9.0. Na análise estatística, utilizaram-se gráficos e tabelas apropriados à escala de mensuração das variáveis. Foram calculados frequências, percentuais simples, risco relativo e *Odds Ratio* (OR).

RESULTADOS

Quanto às características sócio-econômico-demográficas da população, observou-se que a incidência da doença foi maior na faixa etária superior a 41 anos (28,5%), onde a maioria é procedente da capital (42,9%) com 50% da população possuindo o ensino fundamental completo. A renda familiar mensal predominou em torno de um salário mínimo onde 42,9% convivem em situação sanitária desfavorável (água represada, lixo exposto, terrenos baldios com grotas, falta de um destino adequado para o esgoto doméstico, etc...). No que se refere à distribuição geográfica, verificou-se uma certa heterogeneidade, com maior concentração de casos no Bela Vista I e Planalto Bela Vista.

A maioria dispõe do serviço público de coleta de lixo na residência, com frequência de três vezes por semana (88,9%). O principal tipo de depósito encontrado quer no domicílio ou peridomicílio da amostra, foi material de construção/peça de carro, presente em 57,1% das residências (Tabela 1).

Quanto ao saneamento básico, 100% da população não dispõe de uma rede pública de esgoto, porém a totalidade conta com fossa séptica. Em 75% dos domicílios, parte do esgoto doméstico tem seu destino a céu aberto, ao passo que 25% das residências, destinam suas águas servidas às fossas sépticas.

Quanto à visitação por parte dos Agentes de Controle de

Vetores (ACV's), 72% dos entrevistados afirmou que os agentes pesquisam sistematicamente o domicílio para verificação de larvas e/ou mosquitos, 21% afirmou que recebe visitas somente quando há casos e 7% não sabe informar. Dentre a população estudada, 17 pessoas (60,7%) desenvolveram a primo-infecção, sendo que 6 pessoas (21,4%) foram expostas em condições de viagem.

As principais manifestações clínicas da dengue apontadas pela população foram: febre (100%), cefaléia (78,6%), artralgia e/ou mialgia (67,9%) e vômito (46,4%).

Quanto aos exames realizados para diagnóstico da dengue, 21 pessoas, 75% da amostra, realizaram sorologia, ao passo que 7 pessoas (25%), não realizaram.

Entre os que realizaram sorologia para dengue, 7 casos (33,3%) foram confirmados; 5 pessoas (23,8%) afirmaram não ter recebido o resultado; 23,8% foram receber, porém o resultado não estava disponível; 3 pessoas (14,2%) apresentaram resultado negativo e 4,9% não lembra e/ou não sabe informar.

Segundo 57,1% da amostra nenhuma ação foi realizada pelas Associações de Moradores para minimizar o problema da dengue.

DISCUSSÃO

Há estudos que demonstram maiores incidências de dengue em mulheres do que em homens. Os dados desta pesquisa foram concordantes com os estudos^(13,14) que indicam transmissão similar entre os sexos. Bastos⁽¹⁵⁾, por sua vez, aponta para um discreto predomínio de mulheres, provavelmente pelos seguintes motivos: permanecem mais tempo em suas residências que os homens e como a transmissão se faz principalmente no domicílio e peridomicílio, a diferença observada pode justificar-se devido à maior exposição, ou também por estas procurarem mais os serviços de saúde.

Estudo realizado em Salvador⁽¹⁶⁾, mostrou uma maior incidência da doença em indivíduos com idade superior a 15 anos no período de 1995-1997. No ano de 1998, esse padrão se alterou, o grupo de risco passou a ser os menores de 10 anos, particularmente a faixa etária de 0 a 4 anos. Não se tem um comportamento único de ocorrência da dengue por idade, entretanto, maior incidência em faixas etárias mais elevadas é um padrão que costuma ser observado em áreas endêmicas (não-endêmicas), logo após a introdução de um novo sorotipo de vírus, como foi observado nessa pesquisa. Esse perfil se modifica na medida em que se instala o processo de endemização da doença, quando a susceptibilidade passa a ser universal.

Dezesseis casos suspeitos de dengue, o que equivale a 57,1% da amostra podem ser considerados casos autóctones, pois a cidade de Teresina estava vivenciando uma epidemia⁽¹⁷⁾.

Estudo desenvolvido em Fortaleza-CE⁽¹⁴⁾ demonstrou não haver correlação positiva entre infecção por dengue e o nível de escolaridade: "O risco de apresentar a doença independe do grau de instrução". Por outro lado, afirma que a prevalência da doença e o poder aquisitivo guardam uma relação direta, sugerindo maior transmissão da infecção em classes abastadas. Isso parece decorrer dos hábitos observados como o de cultivar plantas aquáticas, o maior consumo de descartáveis, além da disponibilidade de piscinas, muitas vezes sem tratamento, constituindo assim, importantes criadouros do vetor.

Por outro lado, pessoas com menos de oito anos de escolaridade

Tabela 1. Tipos de depósitos encontrados no domicílio/peridomicílio dos participantes do estudo. Teresina (PI) – 2006. n=28.

Depósitos	n	%
Material de construção / peça de carro	16	57,1
Vaso de planta	15	53,6
Caixa d'água	14	50,0
Garrafa / lata / plástico	10	35,7
Tambor/tanque/tina/tonel/depósito de barro	08	28,6
Outros*	11	39,3

Resposta Múltipla

*Inclui pneu, poço/cisterna/cacimba, recipiente natural, entulho.

tendem a valorizar menos os cuidados primários de saúde e também compreendem menos as orientações feitas pelo profissional de saúde⁽¹⁸⁾.

Os resíduos sólidos se constituem em problema sanitário porque favorecem a proliferação de microorganismos patogênicos e de vários vetores envolvidos na transmissão de doenças infecto-contagiosas. Assim, o lixo domiciliar deve ser acondicionado em recipientes rígidos, herméticos, contêineres ou ainda sacos plásticos descartáveis⁽¹⁹⁾. Um cuidado higiênico essencial para esta última forma de acondicionamento seria colocá-lo em suporte metálico elevado do solo, para evitar contato com animais e a exalação de mau cheiro⁽²⁰⁾. Essa precaução se fez presente em alguns domicílios do Bairro Bela Vista.

A coleta e transporte devem ter ainda como requisitos: universalidade do serviço prestado; periodicidade; frequência da coleta, sendo que em climas quentes, aconselha-se coleta diária, sendo aceitável fazê-la em dias alternados. No entanto, a coleta noturna se mostra mais viável em áreas comerciais e em locais com intenso tráfego de pessoas e veículos. O transporte mais utilizado é a caçamba convencional do tipo prefeitura. A principal desvantagem é que não trafega em trechos de difícil acesso. Desta forma, para suprir possíveis deficiências de coleta, a prefeitura pode firmar convênios para que carroças de tração animal dêem uma continuidade para o sistema de coleta nos locais preestabelecidos⁽¹⁹⁾.

O sistema de coleta de lixo em Teresina-PI apresenta como ponto negativo a forma precária de destinação do lixo, não atendendo aos padrões sanitários de referência, com a presença de lixo descoberto, urubus e sem sistemas de tratamento de efluentes líquidos, gases emitidos e resíduos diferenciados, além de não contar com coleta seletiva organizada voltada para a reciclagem⁽²¹⁾.

A forma escolhida pela totalidade da amostra para o acondicionamento do lixo foi a sacola plástica. Além disso, nos locais onde a frequência de coleta de lixo é diária, o caminhão da prefeitura costuma passar nas segundas, quartas e sextas-feiras, ao passo que a carroça, procede à coleta as terças, quintas e sábados. Um aspecto desfavorável e que costuma ser "crônico" em bairros de periferia, diz respeito ao acúmulo do lixo em terrenos baldios. Este concentrou-se, principalmente, no Planalto Bela Vista, onde verificou-se uma maior incidência das notificações da dengue.

O *Aedes aegypti* é um mosquito doméstico, antropofílico, com atividade hematofágica diurna e com boa capacidade de adaptação ambiental. Utiliza-se de quaisquer formas de recipientes que possam represar água, preferencialmente limpa, para sua reprodução. Estes reservatórios quando potencializados a acumularem água, passam a ser importantes focos para a proliferação do vetor da dengue^(1,22,23).

Observou-se que toda a população conta com o sistema público de abastecimento de água, porém por conta do poder aquisitivo, 50% não dispõe ainda de caixa d'água ou quando a tem, não se encontra em perfeitas condições. A alternativa para quem não tem caixa d'água é ainda os tonéis ou similares. Foram encontrados outros reservatórios, também envolvidos direta ou indiretamente com o surgimento da dengue: material de construção (telhas); planta aquática; vários pneus empilhados; garrafas plásticas e entulho.

A multiplicação e disseminação do *Aedes aegypti* tem múltiplos condicionantes. O intenso fluxo rural-urbano e o conseqüente inchaço populacional nas médias e grandes cidades, fizeram com

que surgisse uma infra-estrutura urbana deficitária, fazendo com que uma parcela da população ficasse "à margem" de condições satisfatórias de habitação e de saneamento básico. O processo industrial também contribui para esse fenômeno, quando embalagens de plástico, alumínio, vidro ou isopor, não são adequadamente recolhidas após sua utilização, assim como o aumento do número de pneus dispostos inadequadamente no meio ambiente⁽²⁴⁻²⁶⁾.

A expansão da dengue deve-se ainda a limitações no combate ao vetor. As atividades de vigilância sanitária no âmbito municipal carecem de legislação de apoio e de práticas de fiscalização, para eliminarem os criadouros em pontos considerados estratégicos, como borracharias, os cemitérios, os depósitos de ferro velho, os terrenos baldios descuidados e as caixas d'água domiciliares descobertas⁽²³⁾.

Pelos tipos de depósitos encontrados, pode-se inferir que dentre outros fatores, há ainda uma grande lacuna no conhecimento da população com relação aos aspectos que favorecem a presença do vetor.

Antes de 1998 o esgoto doméstico coletado e tratado atingia 4% das ligações de água, ampliando em 2002 para atingir 13% da população. Na maior parte da cidade, os esgotos correm pelas sarjetas, ruas e terrenos, desaguando nos rios Parnaíba e Poti, diretamente ou através de lagoas ribeirinhas, se transformando em focos de doenças⁽²¹⁾.

Dejetos humanos podem ser veículos de germes patogênicos de várias doenças, por isso, é indispensável afastar possibilidade de contato com o homem, as águas de abastecimentos, os vetores e alimentos. A construção de privadas com veiculação hídrica ligada a um sistema público de esgoto seria a solução ideal, mas por razões principalmente econômicas, em muitas comunidades, isso não é possível. Desta forma são indicadas soluções individuais para cada domicílio, conforme o observado na pesquisa⁽¹⁹⁾.

Um outro componente crítico da dengue diz respeito à inspeção predial, eliminação ou tratamento de reservatórios potenciais de larvas de mosquito, além da aplicação de inseticida em locais com transmissão ativa da doença. Tal fato deve-se a dificuldades de acesso aos domicílios pelos servidores públicos, tanto em bairros de população mais abastada, como naqueles mais pobres. Os serviços normalmente são feitos durante o dia, onde muitos prédios encontram-se fechados por conta das atividades laborais dos seus ocupantes. Assim, a inspeção fica quanti-qualitativamente prejudicada, já que, muitos focos de mosquitos não são identificados e muito menos tratados⁽²³⁾.

A OMS afirma que quando o IIP for igual ou superior a 1%, existe uma maior probabilidade de ocorrer epidemias de dengue⁽²⁷⁾.

A correlação mencionada é defendida por alguns autores. Há os que criticam tal afirmação, referindo que o IIP e o Índice de Breteau não são seguros o suficiente para medir a distribuição, a intensidade da infestação vetorial e indicar o nível crítico de transmissão da doença. A razão atribuída é que o IIP não leva em conta o número de larvas e o Índice de Breteau não avalia as modalidades de recipientes com larvas, apenas quantifica⁽²²⁾. Frente a esta divergência de opiniões, faz-se necessário manter um IIP inferior a 1%, pois caso contrário, a transmissão da dengue persistirá na população.

Outro empecilho apontado nas pesquisas^(24,28) diz respeito à ausência de vínculo entre servidor e morador, ilustrado pelo rodízio

de agentes. Desta forma, faz-se necessário que o perfil dos agentes seja de orientador e não mais de fiscalizador, devendo haver uma linha divisória nítida entre o trabalho que os moradores desempenham em suas casas e o papel dos agentes. É imprescindível que estes passem a apresentar às moradoras alternativas de eliminação de criadouros como soluções caseiras (água sanitária), ficando a dona-de-casa apta para cuidar de sua própria casa⁽²⁸⁾.

Com relação à chance de quem foi exposta a viagem para áreas endêmicas ter tido primo infecção, é quase igual à chance de desenvolver reinfeção (OR= 1,45). Contudo, não é possível afirmar, em virtude dos fatores: estudos de casos não oferecem controle; o pequeno tamanho da amostra dificulta a realização de testes estatísticos apropriados para estabelecer uma associação com precisão e o próprio local de residência da população é também endêmico. Assim, não se pode afirmar que a exposição à viagem tenha favorecido a infecção, sabe-se que as pessoas que contraíram dengue, viajaram para interiores do Piauí e Maranhão 15 dias antes da manifestação da doença, caracterizando a existência de um vínculo epidemiológico.

A febre teve duração de 4 dias, a cefaléia teve localização frontal, a náusea, vômito e anorexia impediam uma dieta adequada, levando os pacientes a um quadro de prostração. O exantema se apresentou sob duas formas: pruriginosa e não-pruriginosa e foi mais referido na fase de convalescência. Segundo o MS⁽²⁹⁾, o exantema pode aparecer precoce ou tardiamente. No primeiro caso, é geralmente fugaz, acometendo cabeça e tronco. No segundo caso, ocorre na defervescência da febre, é difuso, maculopapuloso, sendo mais acentuado na palma das mãos e planta dos pés, o que leva a crer que foi a forma predominante. A única manifestação hemorrágica que surgiu foi a epistaxe, evidenciada em apenas um paciente, com duração de apenas um dia e, não trouxe complicações. Também ocorreu enfartamento ganglionar na região inguinal em uma criança.

Os casos estudados enquadram-se na forma clássica do dengue. Outro aspecto é que a doença não produziu intercorrências mais sérias, onde apenas 10,7% da população ficaram hospitalizadas por um período de 1 a 2 dias. Estudo similar realizado em Natal⁽²⁾, também não encontrou complicações, sendo que os sintomas mais freqüentes foram: prostração, febre, cefaléia e mialgias.

É preciso desmistificar a idéia de que caso suspeito de dengue não é grave e que melhora com repouso, hidratação, analgésicos-antitérmicos e com orientações para permanecerem em casa. Se isso por um lado diminui a demanda dos serviços públicos de saúde, por outro lamentavelmente, não contribui para o controle do processo de endemização da dengue e outras doenças virais, já que tais informações têm levado os pacientes, com outras infecções agudas, a não procurarem por atendimento, contribuindo assim para subnotificação da dengue, além de outras viroses que exigem um diagnóstico diferencial⁽⁴⁾.

Um caso é confirmado laboratorialmente por meio de isolamento viral ou exame sorológico em qualquer de duas amostras coletadas. Porém no curso de uma epidemia, a confirmação é feita por vínculo-

epidemiológico, exceto nos primeiros casos da área que deverão ter confirmação laboratorial⁽³⁰⁾.

Conforme afirmaram os 57,1% dos entrevistados, a realização do mutirão de limpeza era feito pela Prefeitura Municipal de Teresina (PMT); a maior parte das orientações eram obtidas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) do Programa Saúde da Família (PSF) ou ainda dos ACV's da Fundação Municipal de Saúde (FMS); quando há denúncias, estas partem de iniciativa própria de cada morador.

CONCLUSÃO

Como a dengue extrapola os limites de atuação individualizada de cada morador, urge do poder público maior integração com órgãos envolvidos no controle de endemias, pois para solucionar a falta de adesão da população às medidas preventivas, outras questões básicas devem ser priorizadas, como educação, saneamento básico e condições de moradia.

Assim, frente aos fatores predisponentes para ocorrência da dengue, sugere-se que a SESAPI, juntamente com a FMS, implementem o que segue:

- Realizar atividades educativas sobre a dengue, promovendo participação ativa da comunidade, com ajuda da associação de moradores, no sentido de sensibilizá-la quanto a mudanças de comportamento em situações de risco real de transmissão;

- Educar para o descarte dos reservatórios em locais apropriados; usar a reciclagem como forma de redução do lixo plástico e ensinar maneiras de acondicionamento adequado;

- Aprimorar a Vigilância Entomológica, no sentido de reorientar ações de controle sobre o vetor e o meio ambiente, seguindo o que o PNCD (Plano Nacional de Controle da Dengue) determina como padrão, adequando as ações preventivas com os problemas cotidianos da população;

- Modificar o caráter campanhista a fim de que as ações sejam mais horizontais, permitindo a inclusão de grupos sociais organizados na discussão de "o que" e "como" informar;

- Articular-se com a mídia durante todo o ano, como forma de prestação de serviço à população, possibilitando a construção do conhecimento de forma gradual e pedagógica;

- Articular-se com as instituições de ensino para formar jovens com vistas à promoção da saúde, tornando-os agentes sociais importantes em suas comunidades;

- Criar um Plano estratégico de atendimento aos pacientes suspeitos de dengue, facilitando seu acesso precoce aos serviços de saúde, devendo contar com pessoal treinado nos procedimentos para classificar os casos, e assim, tomar uma conduta pertinente. Faz-se necessário agilizar a rede laboratorial do estado, no que diz respeito à entrega dos resultados dos exames.

- Priorizar ações coletivas que envolvam o poder público transportando a responsabilidade não só para um indivíduo, mas para toda a população, pois na dengue "o problema é de todos; a solução também".

REFERÊNCIAS

1. World Health Organisation. Dengue [cited in 2006 Jun 22]. Available from: URL: <http://www.who.int/ctd/dengue/burdens.htm>.
2. Marinho LAC. Dengue. In: Tavares W, Marinho LAC. Rotinas de diagnóstico e tratamento das doenças infecciosas e parasitárias. São Paulo (SP): Atheneu; 2005. p. 230-6.

3. Ministério da Saúde (BR). Dengue: diagnóstico e manejo clínico. Brasília (DF): FUNASA; 2002.
4. Marzochi KBF. Dengue - a mais nova epidemia "de estimação"? [editorial]. *Cad Saúde Pública* 1987; 3(2): 137-41.
5. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza (CE). Boletim de saúde de Fortaleza 2003; 7(1): 12.
6. Ministério da Saúde (BR). *Bol Elet Epidemiol* 2001; 1(1).
7. Ministério da Saúde (BR). *Bol Elet Epidemiol* 2002; 2(2).
9. Ministério da Saúde (BR). Semana epidemiológica. *Bol Epidemiol* 2006; 13.
10. Secretaria Estadual de Saúde (PI). Investigação de dengue: frequência por ano e mês da notificação. Teresina (PI): CESESAPI/ DUVAS/ SINAN; 2006.
11. Secretaria Estadual de Saúde (PI). Investigação de dengue: frequência por mês da notificação e classificação final. Teresina (PI): SESAPI/ DUVAS/ SINAN; 2006.
12. Secretaria Estadual de Saúde (PI). Índice de infestação predial da dengue. Teresina (PI): SISFAD; 2006.
13. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos: resolução nº 196/96. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1996.
14. Gonçalves Neto VS, Rebelo JMM. Aspectos epidemiológicos do dengue no município de São Luís, Maranhão, Brasil, 1997-2002. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5): 1424-31.
15. Vasconcelos PFC, Lima JWO, Rosa APTA, Timbó MJ, Rosa EST, Lima HR, et al. Epidemia de dengue em Fortaleza, Ceará: Inquérito soropidemiológico aleatório. *Rev Saúde Pública* 1998; 32(5): 447-54.
16. Bastos MS. Perfil soropidemiológico do dengue diagnosticado na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (1998-2001) [dissertação]. Manaus (AM): Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca; 2004.
17. Teixeira MG, Costa MCN, Barreto ML, Barreto FR. Epidemiologia do dengue em Salvador-Bahia, 1995-1999. *Rev Soc Bras Med Trop* 2001; 34(3): 269-74.
18. Fundação Municipal de Saúde de Teresina (PI). Gerência de Epidemiologia. *Informe Epidemiol* 2003; 1(1).
19. Araújo TME, Paz EPA, Luiz RR. Vacinação infantil: conhecimentos, atitudes e práticas da população da área norte/centro de Teresina-PI [tese]. Rio de Janeiro (RJ): Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2005.
20. Ministério da Saúde (BR). Manual de saneamento. Brasília (DF): FUNASA; 2004.
21. Azevedo JM, Botelho MHC. Manual de saneamento de cidades e edificações. São Paulo (SP): Pini; 1991.
22. Prefeitura de Teresina (PI). Agenda 2015: a Teresina que temos [citado em: 20 Dez 2006]. Disponível em: URL:<http://www.teresina.pi.gov.br>
23. Corrêa PRL, França E, Bogutchi TF. Infestação pelo *Aedes aegypti* e ocorrência da dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais. *Rev Saúde Pública* 2005; 39(1): 33-40.
24. Taui PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(3): 867-71.
25. Chiaravalloti VB, Favaro EA, Ferreira AC, Chiaravalloti Neto F, Mondini A, Dibo MR, et al. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4): 1142-52.
26. Neves TCCL. Representações sociais sobre dengue no modelo informacional das campanhas de saúde: abordagem sobre uma nova prática. In: Anais do XXIV Congresso Brasileiro de Comunicação; Campo Grande (MS), Brasil. Campo Grande (MS): INTERCOM-Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação; 2001.
27. Silva AA, Miranda CF, Ferreira JR, Araújo EJA. Fatores sociais e ambientais que podem ter contribuído para a proliferação da dengue em Umuarama, estado do Paraná. *Rev Maringá* 2003; 25(1): 81-85.
28. Ministério da Saúde (BR). Dengue: aspectos epidemiológicos, diagnóstico e tratamento. Brasília (DF): FUNASA; 2002.
29. Chiaravalloti VB, Moraes MS, Chiaravalloti Neto F, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AAC, et al. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5): 1321-29.
30. Ministério da Saúde (BR). Dengue: Fisiopatogenia e quadro clínico. Brasília (DF): FUNASA; 2005.
31. Toledo ALA, Escosteguy CC, Medronho RA, Andrade FC. Confiabilidade do diagnóstico final de dengue na epidemia 2001-2002 no município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2006; 22(5): 447-54.