

Centro Universitário de Anápolis
UniEVANGÉLICA
CURSO DE MEDICINA

**PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE ANÁPOLIS, GOIÁS SOBRE DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA**

Cláudio Henrique Martins de Souza
Gabriela Lima Pereira
Geovanna Lemos Batista de Oliveira
Letícia Maiara Nunes Araújo
Mariana Sousa Lopes

Anápolis, 2017

Cláudio Henrique Martins de Souza

Gabriela Lima Pereira

Geovanna Lemos Batista de Oliveira

Letícia Maiara Nunes Araújo

Mariana Sousa Lopes

**PERCEPÇÃO DA POPULAÇÃO DE ANÁPOLIS, GOIÁS SOBRE DENGUE, ZIKA E
CHIKUNGUNYA**

Trabalho de Curso apresentado à disciplina de
Iniciação Científica do Curso de Medicina da
UniEVANGÉLICA, sob a orientação da Prof^ª.
Dr^ª. Léa Resende Moura.

Anápolis, 2017

RESUMO

Dengue, Zika e Chikungunya são doenças causadoras de epidemias no Brasil, porém são negligenciadas pela população e pelas ações em saúde pública governamentais. Sendo assim, o objetivo deste trabalho é verificar o nível de conhecimento da população de Anápolis-GO a respeito do vetor, aspectos clínicos e medidas preventivas destas doenças, além de apontar quais meios de comunicação mais utilizados para encontrar tais conhecimentos. Trata-se de um estudo transversal e descritivo, realizado através de um questionário quali-quantitativo, pelo qual foram entrevistados 432 moradores. Com isso, foi encontrada uma população em sua maioria jovem e do sexo feminino, com escolaridade até o segundo grau, revelando que a maioria trouxe conhecimentos sedimentados pelo ensino básico. Estes souberam apresentar a forma de transmissão comum às três doenças, porém o conhecimento do agente etiológico não foi satisfatório, havendo uma confusão entre o mesmo e o vetor. Quanto aos sinais e sintomas, observou-se maior conhecimento dos participantes em relação a Dengue, além de um padrão de respostas similar para as três doenças, denotando a falta de distinção entre elas. O conhecimento referente ao local de reprodução do mosquito, medidas de controle e a adesão no combate ao vetor mostrou-se elevado, no entanto parece não refletir em suas atividades de prevenção em domicílio, visto o ainda crescente número de novos casos dessas doenças. Sobre o meio de comunicação pelo qual recebiam tais informações a maioria citou a televisão, mostrando que a mídia em geral tem um papel fundamental no processo de disseminação das informações e do conhecimento.

Palavras-chave: Aedes. Saúde Pública. Comunicação em Saúde.

ABSTRACT

Dengue, Zika and Chikungunya are diseases that cause epidemics in Brazil, are dictated by population and governmental public health actions. Therefore, the objective of this work is to verify the knowledge of the population of Anápolis-GO regarding the vector, clinical and preventive measures, besides pointing out the most used means of communication to find this knowledge. This is a cross-sectional and descriptive study, conducted through a qualitative and quantitative questionnaire, through which 432 residents were interviewed. With this, a population was found mostly young and female, with education until the second degree, revealing that most of the knowledge is sedimented by basic education. These knowledge present a form of transmission common to the three diseases, however, the knowledge of the etiological agent was not satisfied, there being a confusion between the same and the vector. As for signs and symptoms, there is a greater knowledge of the participants regarding Dengue, besides a pattern of similar responses for three diseases, denoting a lack of distinction between them. Knowledge regarding mosquito breeding sites, control measures and adherence in the vector-fighting showed high, however, is not reflected in their prevention activities at home, in spite of an increasing number of open cases. Regarding the medium through which we receive this information, most cited television, showing that the media in general plays a key role in the process of disseminating information and knowledge.

Key Words: Aedes. Public Health. Health Communication.

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO.....	6
2.	REFERENCIAL TEÓRICO.....	7
3.	OBJETIVOS.....	17
	3.1 Objetivo geral.....	17
	3.2 Objetivos específicos.....	17
4.	METODOLOGIA.....	17
	4.1 Descrição do estudo.....	17
	4.2 Local do estudo.....	18
	4.3 População e amostra.....	18
	4.4 Critérios de inclusão e exclusão.....	22
	4.5 Desenho do estudo.....	22
	4.5.1 Plano de recrutamento.....	22
	4.5.2 Coleta de dados.....	22
	4.6 Análise de dados.....	23
	4.7 Aspectos éticos.....	23
5.	RESULTADOS.....	23
6.	DISCUSSÃO.....	30
7.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	33
8.	REFERÊNCIAS.....	34
	APÊNDICE 1.....	38

1. INTRODUÇÃO

Os recentes surtos das doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti* como a Dengue, a Zika e a Chikungunya se tornaram uma das principais preocupações não só da população brasileira como dos órgãos de governo que controlam a saúde, tendo repercussão em toda mídia nacional e internacional. Diante desses acontecimentos, a velocidade com que a informação é difundida passa a ter importância fundamental, através dos meios televisivos, escritos e até mesmo nas redes sociais, para que o governo possa se comunicar com a população no sentido de esclarecer os fatos, levar conhecimento e educar a sociedade. No entanto, quando se fala em saúde pública é importante compreender o processo pelo qual as informações atingem as comunidades, circulam e são interpretadas e internalizadas por seus integrantes, uma vez que, de maneira ágil ou não, seu contexto é essencial para construção de estratégias tanto de prevenção quanto no combate a doenças epidêmicas, como a Dengue, a Zika e a Chikungunya (VILLELA; ALMEIDA, 2012).

As ações de controle e prevenção da Dengue no Brasil, estiveram, no século passado, relacionadas às campanhas de erradicação do vetor *Ae. aegypti*. Após a década de 80, sua dispersão geográfica foi observada em todo o país e desde então, os investimentos nessas campanhas de educação em saúde vêm crescendo. Mesmo assim nos últimos dois anos, houve o aparecimento e crescimento de duas novas endemias, a Chikungunya e a Zika. Em 2014, foram notificados 3.657 casos autóctones suspeitos de febre Chikungunya em oito cidades brasileiras (BRASIL, 2016). Já em 2015, foi confirmada transmissão autóctone de febre pelo vírus Zika, a partir do mês de abril, sendo que o ano se encerrou com a confirmação laboratorial de autoctonia da doença em 19 estados (BRASIL, 2016), com o agravante de estar relacionada à microcefalia em crianças.

Dessa forma, tem-se observado a necessidade de adequação dos planos de ação, visando o combate ao vetor de acordo com as necessidades de cada região brasileira. A população que já era vulnerável a quatro sorotipos da dengue, agora também está exposta a dois novos vírus, e essa é uma realidade compartilhada por inúmeras cidades brasileiras. As declarações de saúde internacionais têm enfatizado nas últimas décadas a importância da realização das ações educativas e de mobilização social na prevenção e controle de doenças, destacando a necessidade de se construir vigilância em saúde através da via sociocultural, onde toda a comunidade participa ativamente na mudança de comportamento e passa a adotar novas práticas de profilaxia. Assim, os conhecimentos adquiridos, bem como a percepção do

risco ao qual a população está exposta, podem resultar em mudança de hábitos. Essa mudança de comportamento faz-se ainda mais importante quando envolve a eliminação dos criadouros para o *Ae. aegypti* no ambiente doméstico (NASCIMENTO, 2004; SOUSA, 2016).

Todas as três doenças apresentam grande importância para a sociedade brasileira devido às suas sequelas, gastos públicos e reincidência. Entretanto, são enfermidades negligenciadas, com intervenções meramente tecnológicas ou biológicas, e assim apropriadas pelos meios de comunicação apenas em momentos de surtos epidêmicos, com informações a seu respeito propagadas na maioria das vezes de maneira incompleta (CHAVES et al., 2016; VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016).

A fim de se adotar um planejamento voltado para o processo educativo, é preciso analisar o diagnóstico inicial da comunidade, investigar o conhecimento e a percepção da população a respeito do vetor e da doença, os hábitos e as características socioculturais relacionadas a estes. Assim, a partir desse conhecimento é possível focar em meios de comunicação específicos para atingir diferentes grupos na população e planejar estratégias educativas que atendam ao perfil das comunidades (SOUSA, 2016).

Visando tal entendimento, este estudo tem como objetivo determinar o nível de conhecimento da população de Anápolis, Goiás, a respeito dos sintomas, sinais clínicos e formas de transmissão das doenças Dengue, Zika e Chikungunya, assim como sobre as formas de controle do mosquito vetor e comportamento da população na prevenção de tais doenças.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Dengue, Zika e Chikungunya são doenças transmitidas pelo mosquito *Ae. aegypti*. Tal mosquito apresenta, até o momento, duas espécies introduzidas na região neotropical, o *Ae. aegypti* e o *Ae. Albopictus*. Essa introdução foi facilitada pela globalização, pelo transporte de pessoas e comércio. Ambas as espécies apresentavam inicialmente características de reprodução e desenvolvimento restritas a troncos de árvores. Porém, têm se adaptado eficientemente aos criadouros artificiais dos meios urbanos, tornando-se atualmente um mosquito doméstico, vivendo dentro ou ao redor de domicílios, além de outros lugares frequentados por pessoas (SOUSA, 2016).

O *Ae. aegypti* é um mosquito que voa baixo, atingindo alturas de 1,5m e com maior agilidade em temperaturas acima de 28°C e em horários entre as nove e 16 horas. Possui

hábitos diurnos, tem coloração preta e apresenta listras brancas. Sua alimentação é baseada em substâncias açucaradas, como seiva e néctar. Entretanto, a fêmea ingere também sangue, pois este é necessário à maturação de seus ovos (FEBRASGO, 2016). O intervalo entre alimentação e ovoposição dura em média três dias e o mosquito vive cerca de 35 dias na natureza. Cada fêmea produz aproximadamente 150 a 200 ovos, os quais são depositados ao longo de vários criadouros, sendo os mais comuns as latas, pratos de plantas, embalagens plásticas, caixas d'água destampadas, pneus mal armazenados, bromélias, entre outros (SOUSA, 2016).

A Dengue é a principal doença transmitida pelo *Ae. aegypti*, causada por um vírus, classificado como arbovírus, pertencente à família Flaviviridae (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004). Em 1950, esta doença foi identificada na Tailândia e nas Filipinas, sendo que em 1970 já havia se alastrado pelo mundo, atingindo nove países. Nos últimos tempos, atinge mais de 100 países e tornou-se uma doença característica de países em desenvolvimento. Com um caráter endêmico-epidêmico esta doença apresenta um grande potencial de expansão, sendo assim considerada a mais importante arbovirose do mundo, causando epidemias no Brasil desde 1980. Apenas de janeiro a agosto de 2015, mais de 1,35 milhões de casos foram registrados neste país (CHAVES et al., 2016).

Existem atualmente quatro tipos de vírus circulantes: DEN-1, DEN-2, DEN-3 E DEN-4. Cada tipo causa imunidade vitalícia, porém, infecções sequenciais por subtipos diferentes levam a um aumento do risco de desenvolver a doença em sua forma mais grave (CHAVES et al., 2016). Em relação à sintomatologia, trata-se de uma doença manifestada, na maioria das vezes de forma benigna, com febre entre 39 e 40°, prostração, artralgias, cefaleias, dores musculares, manchas vermelhas na pele, que tem resolução entre três a sete dias, e astenia, que permanece por algumas semanas. No entanto, a doença pode evoluir para seu tipo grave, a dengue hemorrágica, que tem como principais sinais petéquias, equimoses e hematêmese (FRANÇA; ABREU; SIQUEIRA, 2004; BRAGA; VALLE, 2007). Em casos mais graves, pode ocorrer hemorragia gastrointestinal, assim como gengivorragia e epistaxe. Por fim, a síndrome choque da dengue é a forma mais sérias da doença, e nela o paciente apresenta dor abdominal contínua, hepatomegalia dolorosa, vômitos, pele fria e pegajosa, taquicardia e oligúria. Em sua evolução, devido à acidose metabólica e coagulação intravascular disseminada, pode ocorrer o óbito em cerca de quatro a seis horas (CHAVES et al., 2016).

Para o diagnóstico da doença, é realizado o hemograma, com o intuito de se fazer a análise dos leucócitos e contagem das plaquetas, possibilitando também acompanhar a evolução da mesma. Para detectar o vírus, o exame mais utilizado é o ELISA, o qual detecta os anticorpos IgM específicos contra a doença. Porém, esse teste tem como desvantagem permitir o diagnóstico apenas seis dias após o contato com o vírus. Também, são utilizados exames físicos como a prova do laço, que conta a quantidade de petéquias em um quadrado de 2,5x2,5cm na pele do paciente após a insuflação de um manguito, sendo que é considerado positivo o aparecimento de 20 ou mais petéquias no adulto e 10 ou mais em crianças (CHAVES et al., 2016).

Ainda não há tratamento específico para seus diferentes sorotipos, apenas o repouso, hidratação intensa e tratamento sintomático. Além disso, anti-inflamatórios e medicamentos à base de salicilatos são contra-indicados, devido ao risco de hemorragias (SOUSA, 2016). Como dispositivo disponível para controle e prevenção da Dengue e suas complicações o controle dos vetores é o principal, no entanto, há pesquisas em andamento sobre vacinas contra a Dengue (CHAVES et al., 2016). Algumas soluções biomédicas são o retorno dos inseticidas pelo método de ultra baixo volume (UVB), popularmente conhecido como “fumacê”; a produção de mosquitos estéreis a partir de alteração genética; e a Estratégia Wolbachia, uma tecnologia sustentável que torna as populações de *Aedes* incompetentes no ato de transmitir o vírus, pois o mosquito com esta determinada bactéria não se infecta, ou se infecta fracamente com os vírus Dengue e Chikungunya, além de haver algumas evidências relacionadas ao vírus da Zika (VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016).

Até o ano de 2014 somente a Dengue era conhecida, mas entre os meses de julho e agosto de 2014 foram confirmados 37 casos de Chikungunya em indivíduos provenientes da América Central, e em maio de 2015 o Ministério da Saúde confirmou 16 casos de Zika no Brasil (CHAVES et al., 2016).

A Chikungunya, também transmitida pelo *Ae. aegypti*, é causada pelo Chikungunya vírus (CHIKV) que pertence à família Togaviridae. O significado de seu nome tem origem na língua africana makonde que a caracteriza como “aquele que é contorcido”. A mesma teve seus primeiros relatos no ano de 1950, na região da Tanzânia. Nos dias atuais, ela é encontrada em ilhas do Oceano Índico, no sul e sudeste da Ásia e em regiões tropicais e subtropicais da África. Já no Brasil, foi detectada sua transmissão nos meados de 2014, em Oiapoque, Amapá, ganhando maiores proporções ao atingir regiões centrais deste país. Neste

mesmo ano, de acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, foram notificados 3657 casos autóctones do vírus CHIKV, sendo que 2772 foram confirmados tanto por exames laboratoriais quanto por critérios clínico-epidemiológicos (CHAVES et al., 2016).

Tal doença caracteriza-se por artralguas simétricas, principalmente em tornozelos, dedos dos pés e cotovelos, de forte intensidade, que apresentam, na maioria das vezes, caráter debilitante, febre com mais de 38,5°C, dores musculares e de cabeça. Os sintomas têm duração de cerca de 10 dias, porém, pode se estender por meses e até mesmo por anos, sendo caracterizada como um problema articular crônico. Alguns pacientes, principalmente crianças, idosos e adultos portadores de doenças crônicas como diabetes, asma, insuficiência cardíaca e alcoolismo, tem a propensão a desenvolver a forma grave da doença, devendo ser internados em unidades de terapia intensiva. Devido a suas características sintomáticas, que implicam muitas vezes na incapacidade do doente de realizar suas atividades diárias, é conferido a ela também, uma grande importância à saúde pública brasileira. Para amenizar as dores articulares e diminuição da febre lança-se mão do uso de analgésicos e fármacos anti-inflamatórios, visto que ainda não há vacina ou tratamento específico para CHIKV (CHAVES et al., 2016).

O Zika vírus (ZIKV) foi primeiramente identificado em 1947, na Uganda em uma floresta de nome Zika, justificando o nome da Doença. Após sua descoberta, alguns casos esporádicos foram documentados na Ásia, mas só em 2007 ocorreu a primeira epidemia, localizada na Ilha Yap, no Oceano Pacífico. Em 2013 confirmaram-se outros picos epidêmicos na Polinésia Francesa e Ilha de Páscoa, quando então chegou ao Brasil, em meados de 2014. Em toda esta longa trajetória o vírus sofreu recombinações genômicas, tendo hoje duas linhagens, uma africana e uma asiática, sendo a última a responsável pela epidemia no Brasil. Parecem ser as mutações responsáveis pelos quadros de dano neurológico em fetos e pelo aumento do número de casos confirmados de Guillain-Barré associados ao vírus ZIKV (FEBRASGO, 2016).

A doença possui um padrão de febre baixa, por volta de 38,5°C, que dura de um a dois dias, ou ausência de febre, exantema pruriginoso por dois a sete dias, dor muscular de leve intensidade, dor e edema de articulações de intensidade inferior à encontrada na Chikungunya, e conjuntivite não purulenta. Por possuir um exantema bastante acentuado, se faz necessário investigar quanto a intoxicação exógena, alergia a medicamentos ou a outras

substâncias, assim como toxoplasmose, rubéola, infecção pelo vírus herpes e citomegalovírus (FEBRASGO, 2016).

A probabilidade da associação do ZIKV com a microcefalia foi o marco inicial de uma atenção diferenciada às gestantes portadoras do vírus. Tal associação foi confirmada pelo *Center of Disease Control and Prevention*, segundo o qual a presença do vírus é necessária para o agravo. Preocupados com o cuidado destas gestantes, com a educação continuada e o suporte associado, a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO, 2016) criou a Comissão Nacional Especializada Provisória (CNE-P) “Vírus Zika Gravidez e Microcefalia”, com o primeiro objetivo de elaborar um documento continuamente atualizado sobre tal doença (FEBRASGO, 2016).

A Zika ganhou um novo foco de preocupação quando surgiu a confirmação da transmissão sexual do vírus, trazendo dificuldades para indivíduos que programaram sua gestação, coincidentemente, para o período de epidemia, bem como para aqueles que tentam reprodução assistida. Também já se confirmou a presença do vírus ZIKV na urina, saliva, e leite materno, no entanto não se pode ainda classificá-los como veículos eficientes de transmissão. Por isso, a orientação geral é que as mães portadoras do vírus não devem interromper a amamentação. A transmissão por transfusão de sangue também já foi relatada, porém é rara. Ressalte-se que este é um vírus que não teve circulação prévia pelo país, portanto a população não possui imunidade contra ele. Dessa forma, é possível que haja grande número de casos nas epidemias (FEBRASGO, 2016).

A Dengue, entre as três doenças, continua sendo a que causa maior preocupação no momento atual, por ser a que mais acarreta óbitos. No entanto, a incapacidade funcional do indivíduo com Chikungunya e as consequências neurológicas advindas da Zika não podem ser negligenciadas, já que estão presentes e podem acarretar novas epidemias, prejudicando gravemente a população (CHAVES et al., 2016).

Segundo os boletins epidemiológicos da Secretaria de Vigilância em Saúde, em 2014 foram registrados 591.080 casos prováveis de Dengue no Brasil até a semana epidemiológica 53 (28.12.2014 a 03.01.2015), com o estado de Goiás apresentando uma alta incidência em relação ao país, com 1.415,1 casos/100mil habitantes. Esse cenário não se modificou em 2015, quando foram registrados 1.649.008 casos prováveis de Dengue no país, de modo que Goiás novamente se destacou, apresentando incidência de 2.500,6 casos/100mil habitantes.

Não obstante, no ano de 2016 o Brasil registrou 1.500.535 casos prováveis de Dengue, sendo que, não só Goiás, mas toda a região Centro Oeste ganhou visibilidade, de modo que esta região apresentou a maior incidência de casos no país, com 1.058,8 casos/100mil habitantes (BRASIL, 2016). Atualmente, em 2017, até a semana 33 (01.01.2017 a 19.08.2017) foram registrados 214.990 casos prováveis de Dengue no país, dos quais 64.370 no Centro-Oeste, que é a segunda região do país com mais casos prováveis, vindo atrás apenas da região Nordeste.

Cabe ressaltar que a cidade de Anápolis-GO, sede do trabalho apresentado e campo de coleta de dados e pesquisa, teve destaque no período no ano de 2016, apresentando 10.968 casos acumulados até a semana 32, obtendo uma incidência de 2.992,7 casos/100mil habitantes, entrando assim na tabela de municípios com população de 100 a 499 mil habitantes com maiores taxas de incidência de casos prováveis de Dengue no mês de julho de 2016 (BRASIL, 2017).

Em relação a Chikungunya, em 2014 foram notificados 3.657 casos autóctones suspeitos em oito municípios distribuídos entre os estados da Bahia, Amapá, Roraima, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. Em 2015, confirmaram-se 13.236 casos e 6 óbitos, estes divididos nos estados da Bahia (3 óbitos), Sergipe (1 óbito), São Paulo (1 óbito) e Pernambuco (1 óbito), apresentando uma incidência brasileira de 10,1 casos/100mil habitantes. Já em 2016, houve um importante crescimento no número de casos registrados, sendo 271.524 casos prováveis, além de 196 óbitos nas seguintes Unidades da Federação: Pernambuco (58 óbitos), Rio Grande do Norte (37 óbitos), Paraíba (34 óbitos), Ceará (26 óbitos), Rio de Janeiro (13 óbitos), Alagoas (10 óbitos), Maranhão (8 óbitos) e Bahia (5 óbitos) (BRASIL, 2017). Em 2017, até a semana 33, foram registrados 167.813 casos prováveis de Chikungunya, destes, 112.963 foram confirmados. A região Centro-Oeste teve 3.006 casos até 33 (BRASIL, 2017).

Já em relação a Zika, doença mais recente, tem se confirmado até a atual semana 33, de 2017, uma incidência de 7,5 casos/100mil habitantes, sendo confirmados 6.587 casos da doença no país, sendo que não foram confirmados óbitos, mas em 2016 foram confirmados oito óbitos pelo vírus Zika, sendo quatro no Rio de Janeiro, dois no Espírito Santo, um no Maranhão e um na Paraíba. A região Centro Oeste encontra-se com incidência de 11,4 casos/100mil habitantes, caracterizando uma das maiores taxas por região. Quanto às gestantes, registrou-se até a semana 33, 2.130 casos prováveis, sendo 708 confirmados por

critérios clínico-epidemiológicos ou laboratoriais, segundo dados do Sinan-NET (BRASIL, 2017).

Acredita-se que essa grande carga epidemiológica observada foi intensificada pelo processo de concentração populacional nas cidades que, por não ter sido acompanhada de uma infraestrutura adequada, vem provocando o aumento de resíduos e entulhos, onde o mosquito pode se desenvolver para transmitir as doenças. Tal transmissão é complexa e envolve tanto aspectos ecológicos quanto sociais e econômicos. Assim, tendo em vista a ausência de tratamento etiológico para a Dengue, Zika e Chikungunya, o seu controle baseia-se no elo comum da cadeia de transmissão, ou seja, o vetor (CAVALCANTE; PORTO; TAUIL, 2007).

Muitos autores reconhecem que a percepção da sociedade em relação a um determinado tema permite fazer previsões sobre o comportamento da população, pois tal conhecimento ajuda a identificar as atitudes, favoráveis ou desfavoráveis, dos grupos de indivíduos, além de prever medidas de controle do vetor e, conseqüentemente, a prevenção das doenças (SOUSA, 2016). Assim, também as questões comunicacionais e informacionais afetam a percepção da população sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as efetivações de seus planos dependem fundamentalmente do conhecimento da população, permitindo a ela reconfigurar seu entendimento sobre saúde pública (OLIVEIRA, 2000).

Sousa (2016), analisando programas de controle da Dengue em outros países, relatou que em locais onde se adotava ações educativas de saneamento ambiental, associadas a estratégias de mobilização da população em geral, houve redução significativa dos índices de infestação do vetor e, conseqüentemente, da incidência da doença. Neste estudo o foco era a Dengue, entretanto, possivelmente o mesmo seja válido para Zika e Chikungunya, já que compartilham o mesmo vetor.

No entanto, em decorrência das falhas na educação em saúde no Brasil, passa-se a direcionar a atenção para os meios de comunicação massivos (televisão, jornais, revistas, rádio, internet, entre outros), visto que esses participam ativamente do processo de informação em saúde. Dessa forma, a educação não deve mais ser considerada um processo unidirecional, mas sim uma circulação de significados sociais entrelaçados, de modo que cada indivíduo é um emissor de informações úteis. Assim, todas as pessoas devem ser instruídas para se

tornarem receptores capazes de extrair a ideia central da mensagem, seja ela científica ou popular (VILLELA; NATAL, 2014).

Apesar da mobilização social fortalecer as noções de cidadania e consciência sanitária, a mídia de massa vem nos últimos anos, principalmente em situações epidêmicas, promovendo um discurso de culpabilização da sociedade, como se ela fosse responsável pelo momento epidemiológico vivenciado. A análise empreendida por Ferraz e Gomes (2012) mostra que as epidemias costumam ser priorizadas na notícia pela imprevisibilidade, novidade, peso social, proximidade geográfica, impacto sobre o público e perspectiva de evolução do acontecimento, além de resgatar em sua constituição de sentido as antigas pestes, trazendo sentimentos de medo, mal, morte e risco ligados ao passado sombrio, valorizando o descontrole da doença. Tal responsabilização da vítima pode ser exemplificada no trabalho de Aguiar e Araújo (2016), o qual mostra a declaração de uma gestante de Vertentes, Pernambuco, que questiona se a microcefalia em seu bebê é decorrente de algo que ela fez ou comeu, trazendo à tona tanto o desconhecimento em relação ao tema quanto o sentimento de culpa imposto, eximindo outras responsabilidades, inclusive a do Estado.

Outro problema relatado na literatura é o fato de o papel educativo não ser intrínseco da mídia, de modo que apesar de sua finalidade ser a de informar a população, a lógica de mercado impõe a necessidade de se vender esse conhecimento, transformando a ciência em temas de interesse popular. Esse processo de simplificação do discurso científico, quando exagerado, pode então prejudicar o entendimento da população e contribuir para sua mitificação, pois as notícias veiculadas pela mídia não deixam de ser o reflexo das expectativas da sociedade em relação à saúde (VILLELA; ALMEIDA, 2012).

Diversos autores apontam esta baixa qualidade da informação, principalmente na internet, apresentando um conhecimento inadequado ou incompleto. Frente a isso, eles sugerem a necessidade de os portais de saúde utilizarem selos de certificação de conformidade provenientes de organizações especializadas, garantindo um padrão de qualidade às informações veiculadas na rede. No Brasil destaca-se a iniciativa da FioCruz, denominada Laiss (Laboratório internet, saúde e sociedade), que busca criar mecanismos para se avaliar a qualidade da informação na internet, além das ações do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), o qual criou em 20 de fevereiro de 2001 a resolução nº 97 que discorre sobre idealização, criação, manutenção e atuação profissional em sites, páginas ou portais sobre medicina e saúde na rede. Fora do Brasil destaca-se o trabalho desenvolvido

pela Health On the Net (HON), criada desde 1995 para garantir o uso criterioso da internet como meio de aprendizado em saúde. A HON possui ainda um código de conduta, o HONCode, que estabelece normas como qualificar os responsáveis pelo projeto, proteger a privacidade do usuário, citar quando a fonte é obtida de terceiros, fornecer detalhes sobre o financiamento do site e distinguir a publicidade do conteúdo editorial, protegendo assim o cidadão de informações de saúde enganosas. Ele é utilizado por mais de 7.300 sites em 102 países, mas no Brasil ainda são poucos os sites creditados pela HON (MORETTI; OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Além da forma de elaboração desfavorável das notícias e campanhas, alguns outros fatores podem ser diretamente responsáveis pela falta de impacto no cotidiano das pessoas, como a ausência de contato direto com a população, falta de técnicos que possam buscar junto a essa população soluções efetivas, problemas socioeconômicos, descrédito do governo e consequente desinteresse tanto das partes públicas quanto da própria população (LENZI et al., 2000). Entretanto isso precisa ser mudado, pois reconhece-se que a informação de qualidade, no momento oportuno e aplicada com clareza e objetividade é um instrumento extremamente eficaz de promover educação em saúde (VELHO; DOMINGUES; LUCENA, 2016).

Dessa forma, ao se incorporar a perspectiva da promoção da saúde, o cidadão deixa de ser um mero cumpridor das ações ditadas pelas autoridades públicas e passa então a ser um “sujeito sanitário”, crítico e responsável, agindo coletivamente no processo de construção do bem-estar social (VELHO; DOMINGUES; LUCENA, 2016).

Para criação desse sujeito atuante, faz-se necessário a realização de trabalhos educativos, que têm por característica a definição de um nível ideal de conhecimento que possa ser passado para a população, o qual, ao ser assimilado, implicará em mudanças de hábito, diminuindo ou mesmo eliminando o número de recipientes capazes de permitir a procriação do vetor. No entanto, o que se observa nos trabalhos é que este conhecimento ideal pode até ser incorporado pela população, mas não necessariamente gera mudanças de comportamento, pelo menos não na mesma intensidade (CHIARAVALLOTTI NETO; MORAES; FERNANDES, 1998).

Esta incoerência entre conhecimento adquirido e mudança de hábito tem sido explicada por diversos motivos, como o inadequado entendimento sobre a cadeia de transmissão da doença; a maior importância dada, tanto pela população quanto para os órgãos

de saúde, para as medidas de caráter curativo em detrimento das preventivas; a desconfiança da população em relação às autoridades governamentais; os programas de controle verticalizados que não geram identificação da população e estimulam passividade na ação do indivíduo; a não efetividade das informações passadas e o aceitamento da Dengue como uma doença de caráter benigno, passageiro e, acima de tudo, inevitável (CLARO; TOMASSINI; ROSA, 2004).

Barros (2007) também concluiu tal baixa efetividade das campanhas informativas para a mudança de comportamento da população. Segundo ele, as estratégias não valorizam os conhecimentos prévios e a visão do indivíduo em relação à doença, além do fato de que tanto a elaboração das propostas quanto a discussão de prioridades não são feitas por intermédio da participação popular no momento de sua formulação, pois, idealmente, as informações veiculadas devem ser elaboradas condizendo com os problemas enfrentados no cotidiano da região, assim cada comunidade recebe essa informação adequada para apropriá-la ao contexto de vida e cotidiano social.

Se faz importante ter a visão de que a saúde pública é um problema amplo, que não se soluciona com medidas imediatistas, por envolver tanto o sistema governamental quanto a participação conjunta da sociedade em geral. Uma alternativa é a instrução do Agente Comunitário de Saúde para se inserir nas ações de prevenção contra Dengue, Zika e Chikungunya em suas visitas domiciliares, já que conhecem a realidade local, e assim podem manter um elo entre comunidade e serviço público, aumentando o grau de confiança entre as partes e estimulando o exercício da cidadania (CHIARAVALLI NETO et al., 2006).

Sousa (2016) discorreu sobre a importância da mobilização social no controle destas doenças. Segundo esse autor, torna-se urgente o estabelecimento de um planejamento voltado para o processo educativo, a partir da análise do diagnóstico inicial da comunidade, investigando o conhecimento e percepção dessa população a respeito dessas doenças e seus hábitos socioculturais. Só assim será possível focar nos meios de comunicação específicos para atingir esta determinada região, planejando estratégias educativas que atendam ao perfil local.

A Dengue já foi erradicada no Brasil, tal fato ocorreu no início do século 20, por meio de campanhas maciças contra o *Ae. aegypti*, mas foi reintroduzida pelos países vizinhos, que não conseguiram alcançar esse sucesso (SOUSA, 2016). Desde então, o Brasil vem lutando

contra este vetor, de forma quase ininterrupta desde 1986, quando surgiram as grandes epidemias. Porém, essa luta foi baseada meramente em intervenções biomédicas e tecnológicas. Desafios adicionais têm surgido a cada dia, como a Zika e o Chikungunya, e com isso ganha dimensão e interesse mundial. Nesse cenário de incertezas, a sociedade brasileira encontra a oportunidade de repensar sua relação com o meio ambiente, nas perspectivas individual, coletiva e da esfera pública, pois é na forma de organização sócio ambiental que as doenças encontram espaço para emergir e ganhar novas faces (ARAÚJO; ARAÚJO-JORGE; MEIRELLES, 2005; VALLE; PIMENTA; AGUIAR, 2016).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Determinar o nível de conhecimento da população de Anápolis-GO sobre o vetor *Aedes aegypti*, etiologia, formas de transmissão, aspectos clínicos e medidas preventivas das doenças Dengue, Zika e Chikungunya.

3.2 Objetivos específicos

Descrever as características sociodemográficas dos participantes da entrevista;

Relatar o conhecimento da população a respeito da etiologia e formas de transmissão; sintomas e sinais clínicos das doenças Dengue, Zika e Chikungunya;

Apontar o conhecimento da população de Anápolis-GO a respeito do vetor *Ae. Aegypti* e das medidas de prevenção;

Verificar quais os principais meios de comunicação utilizados pela população na obtenção das informações em saúde sobre Dengue, Zika e Chikungunya.

4. METODOLOGIA

4.1 Descrição do estudo

Trata-se de um estudo transversal e descritivo no qual foi aplicado um questionário semi-estruturado, de fácil entendimento à população em geral, na forma de entrevista, que permitiu uma avaliação objetiva sobre o conhecimento da população de Anápolis, Goiás, sobre o vetor, aspectos clínicos e medidas preventivas das doenças Dengue, Zika e Chikungunya (Apêndice 1). Para a caracterização dos sinais e sintomas corretos de Dengue, Zika e Chikungunya foi adotado que os sinais e sintomas: febre, dor por trás dos olhos, manchas no corpo, dor no músculo, dor de cabeça e dor na articulação eram sintomas comuns às três doenças. Enquanto que sangramento era um sinal próprio da Dengue, as opções microcefalia e conjuntivite específicos da Zika, no entanto, da Chikungunya não havia nem um específico.

Os estudos transversais são estudos observacionais recomendados quando se deseja estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população específica, além dos fatores associados com o mesmo e a coleta de dados pode envolver um recorte único no tempo (BASTOS; DUQUIA, 2007). Para a realização deste projeto, optou-se pela pesquisa quantitativa, a partir de uma amostragem representativa.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em residências de 16 bairros de Anápolis-GO, previamente escolhidos por meio de sorteio. Os bairros sorteados foram Bandeiras, Cidade Jardim, Conjunto Habitacional Vila União, Itamaraty, Jardim Santa Cecília, Jundiáí, Maracanã, Parque Brasília, Parque Calixtópolis, Recanto do Sol, Santo Antônio, São João, Setor Industrial Aeroporto, Vila Celina, Vila Góis e Vila Jundiáí Industrial.

4.3 População e amostra

Para o cálculo do tamanho amostral levou-se em consideração que a população acima de 18 anos de Anápolis-GO é constituída por 226.875 pessoas. Neste o erro padrão de estimativa adotado foi de 5% e o nível de confiança de 95% para o cálculo de uma população infinita como sugerido por Levin (2012). Foi utilizada a fórmula:

$$m_0 = \frac{Z^2 \cdot P \cdot (1-P)}{E^2}$$

Onde,

Z = valor crítico que corresponde ao grau de confiança desejado. No caso $Z = 1,96$, pois o grau de confiança desejado é de 95%.

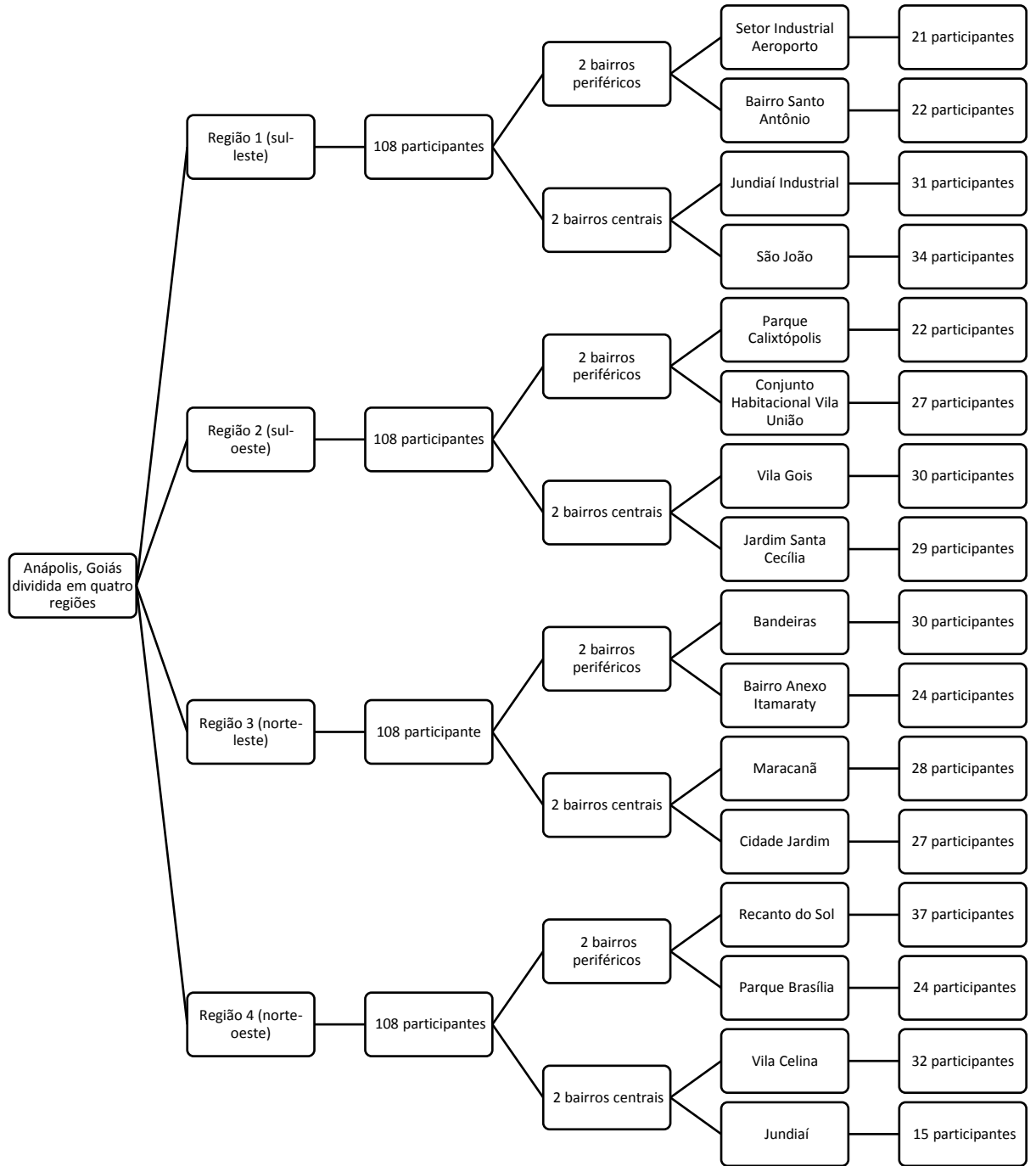
p = proporção populacional de indivíduos que estamos interessados em estudar, no caso a população de Anápolis-GO acima de 18 anos, que possui 226.875 habitantes.

E = Margem de erro (4%)

A amostra calculada foi de 384 participantes.

A estratificação de Anápolis-GO foi feita com base em um mapa criado com dados do Google Earth no qual foi feita uma divisão da cidade em quatro regiões, de acordo com os pontos cardiais, tendo como o marco zero o cruzamento entre as avenidas Brasil Sul e Brasil Norte (sentido horizontal) e as Rodovias Federais BR330 e BR060 (sentido vertical) semelhante ao estudo realizado por Ferrari et al. (1998). A região 1 compreendeu a região sul-leste da cidade, a 2 sul-oeste, 3-norte-leste, 4-norte-oeste (Figura 1).

Cada quadrante foi dividido em bairros centrais e periféricos. Após esta divisão, a randomização dos bairros foi realizada via sorteio em envelopes lacrados. No total foram utilizados oito envelopes, dois para cada região, de modo a separar bairros centrais e periféricos. Foram sorteados dois bairros por cada envelope para compor os locais de coleta de dados, totalizando dezesseis bairros, sendo quatro bairros por quadrante (Fluxograma 1).



Fluxograma 1. Distribuição dos participantes por região de Anápolis.

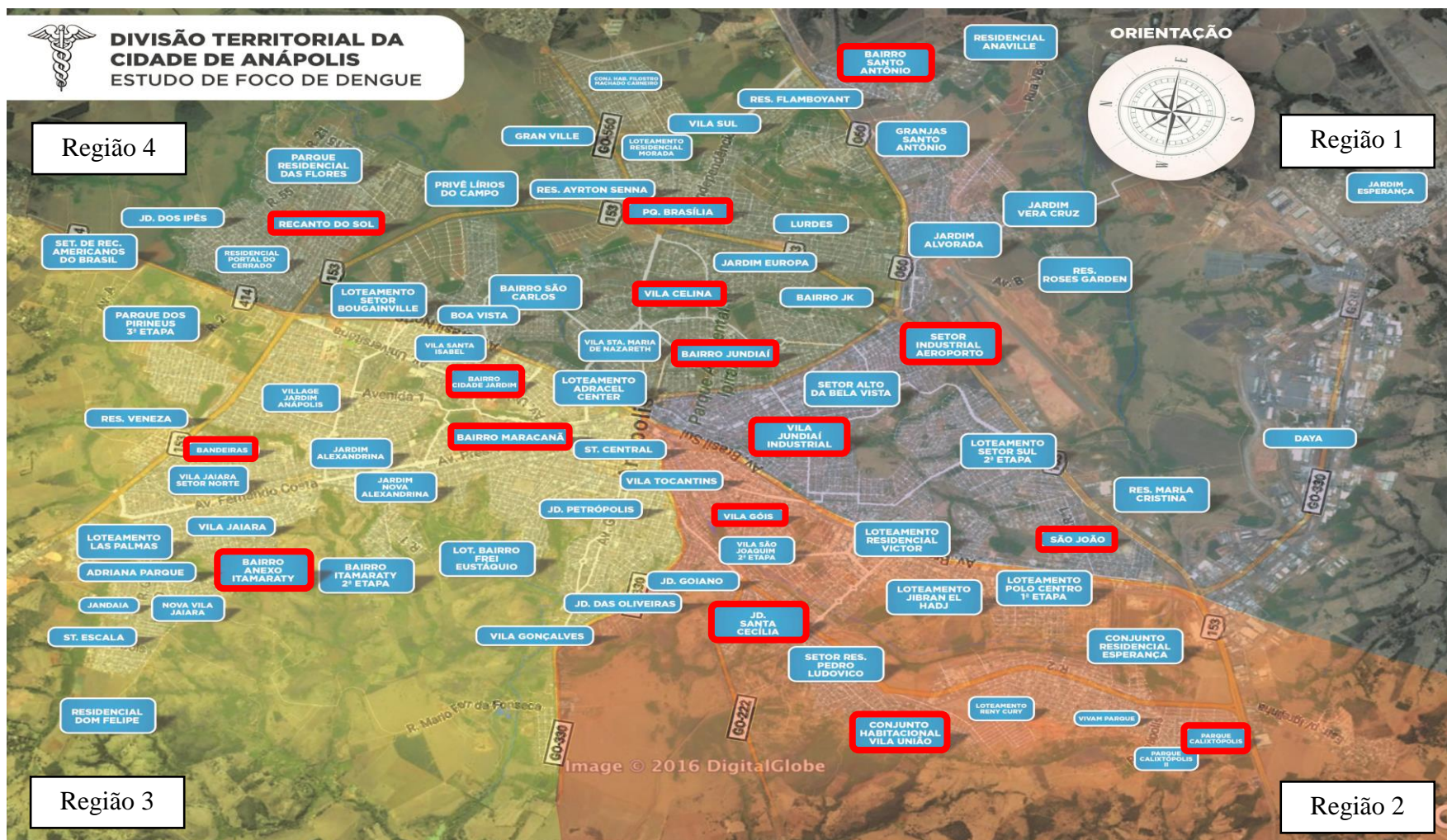


Figura 1. Divisão territorial da cidade de Anápolis, Goiás segundo Google Earth modificado. Em vermelho os bairros nos quais foram aplicados formulários.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídos na pesquisa homens e mulheres, com 18 anos ou mais, de diferentes níveis socioeconômicos, que compreenderam o teor das perguntas a serem feitas.

Foram excluídos da pesquisa os indivíduos que se recusaram em responder alguma questão específica do questionário, os que não compreenderam o teor de alguma das perguntas, assim como os participantes que se sentiram constrangidos ou mesmo não quiseram continuar a entrevista, ainda que não expuseram os motivos.

4.5 Desenho do estudo

4.5.1 Plano de recrutamento

Os moradores foram recrutados em suas casas, através da exposição oral do projeto onde explicou-se todas as informações sobre a natureza, objetivos, procedimentos, riscos e benefícios dos participantes, assegurando o anonimato e sigilo das informações. A pesquisa realizada foi desenvolvida entre 8h e 11h da manhã e no período vespertino, entre 13h30min e 17h30min, de segunda a sexta, conforme disponibilidade dos pesquisadores.

Após a explicação sobre o estudo, aqueles indivíduos com interesse em participar da pesquisa assinaram o TCLE. Diante da recusa de participação, os pesquisadores se dirigirão às casas seguintes.

4.5.2 Coleta de dados

Os dados dos participantes foram coletados pelos pesquisadores através da aplicação de um formulário (Instrumento de coleta de dados – Apêndice 1) pré-elaborado e semiestruturado. Neste momento foram coletadas respostas que objetivaram analisar o conhecimento dos indivíduos sobre sinais e sintomas das doenças Dengue, Zika e Chikungunya, o vetor e medidas de controle e prevenção destas.

O questionário abordou os seguintes eixos temáticos: dados pessoais, a percepção dos participantes sobre estas doenças, seu vetor, as medidas preventivas e por fim, os meios de comunicação utilizados pela população para se informar sobre o tema em questão.

O questionário utilizado foi adaptado de Sousa (2016) (Apêndice 1).

4.6 Análise de dados

Os resultados foram apresentados na forma de frequência simples e percentual. Os dados foram processados no programa MsExcel 2013 e analisados no pacote estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS 21.0).

4.7 Aspectos éticos

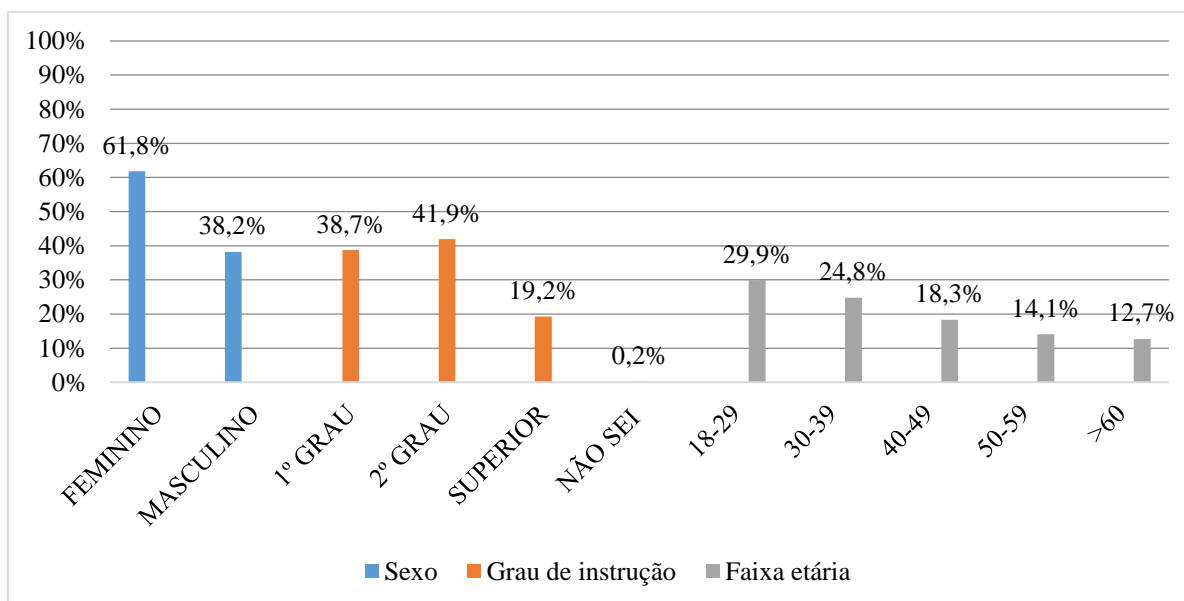
Esta pesquisa foi realizada de maneira objetiva, clara e respeitando sempre o indivíduo participante. Para isto foi apoiada na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, onde são estabelecidos critérios para pesquisas que envolvem seres humanos. Como pesquisadores, deve-se visar a não-maleficência, beneficência, autonomia e justiça, a fim de resguardar e proteger os pesquisados.

O presente trabalho foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unievangélica, número do parecer 1.869.216 (Anexo 1).

5. RESULTADOS

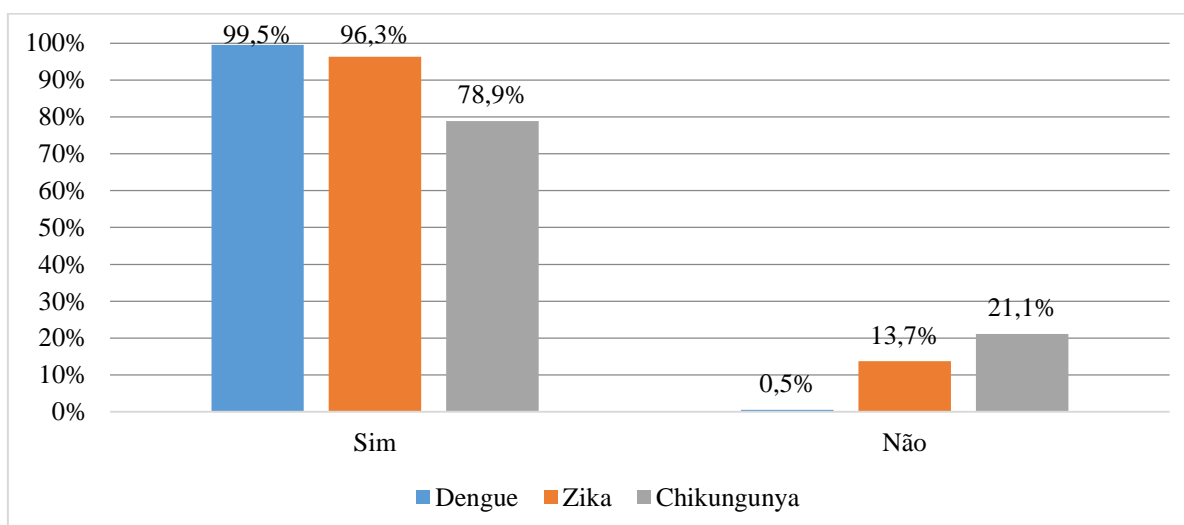
Em relação às características sociodemográficas dos entrevistados, a maioria era do sexo feminino, com a faixa etária entre 18 e 29 anos, e nível de escolaridade até o 2º grau (Gráfico 1).

Gráfico 1. Características sociodemográficas dos 432 participantes do inquérito domiciliar. Anápolis, Goiás, 2017.



No Gráfico 2, os dados apresentados referem-se ao conhecimento e percepção da população acerca de Dengue, Zika e Chikungunya. Nota-se que mais de 95% dos entrevistados afirmaram conhecer Dengue e Zika, enquanto que apenas 78,9% conhecem Chikungunya.

Gráfico 2. Conhecimento de Dengue, Zika e Chikungunya. Anápolis, Goiás, 2017.



Já no Gráfico 3 e Gráfico 4, respectivamente, tem-se os dados referentes ao conhecimento dos entrevistados a respeito do agente etiológico e formas de transmissão de tais doenças. O principal agente etiológico apontado foi o mosquito com percentuais acima de 65%. Quanto à transmissão, o mosquito continuou sendo o mais apontado, mas com um percentual ainda maior, superior a 80%.

Gráfico 3. Conhecimento e percepção do agente etiológico de Dengue, Zika e Chikungunya. Anápolis, Goiás, 2017.

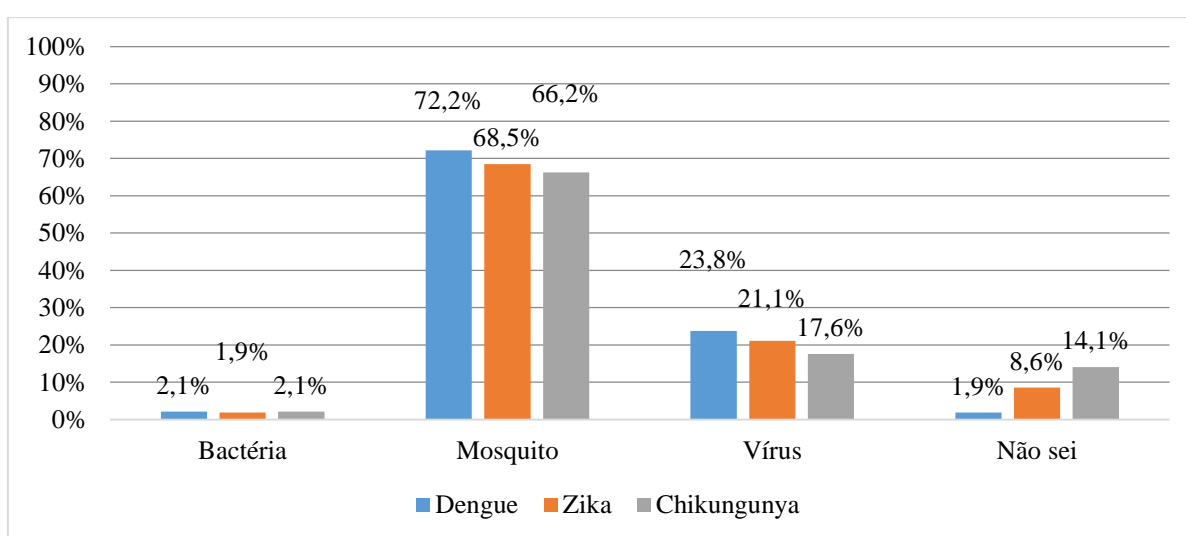
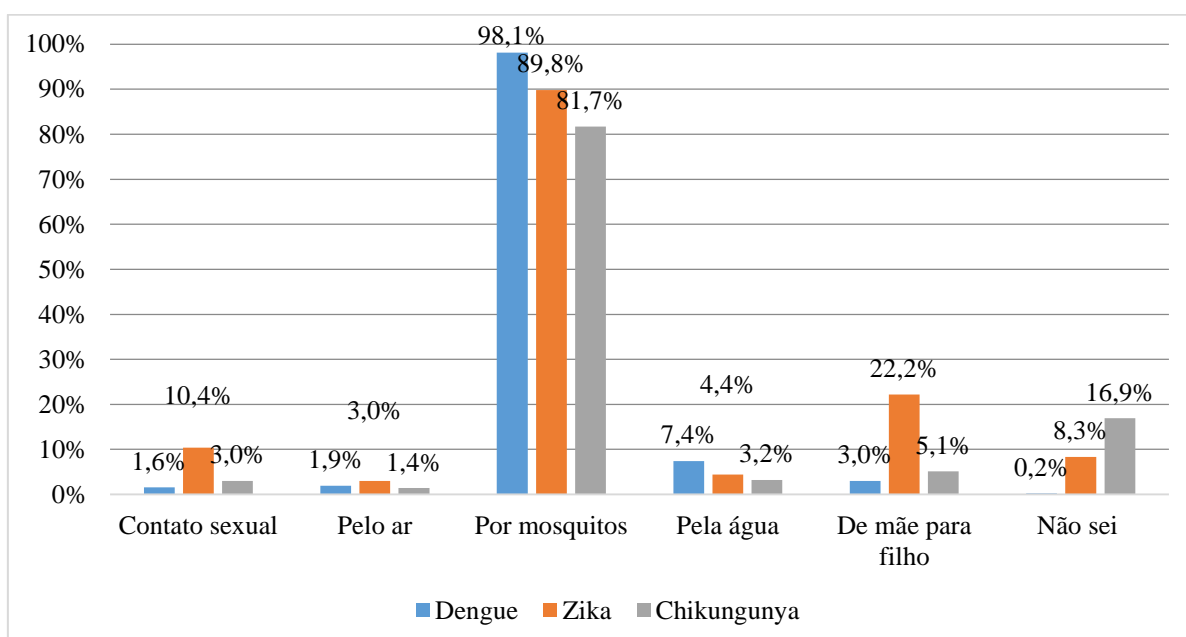
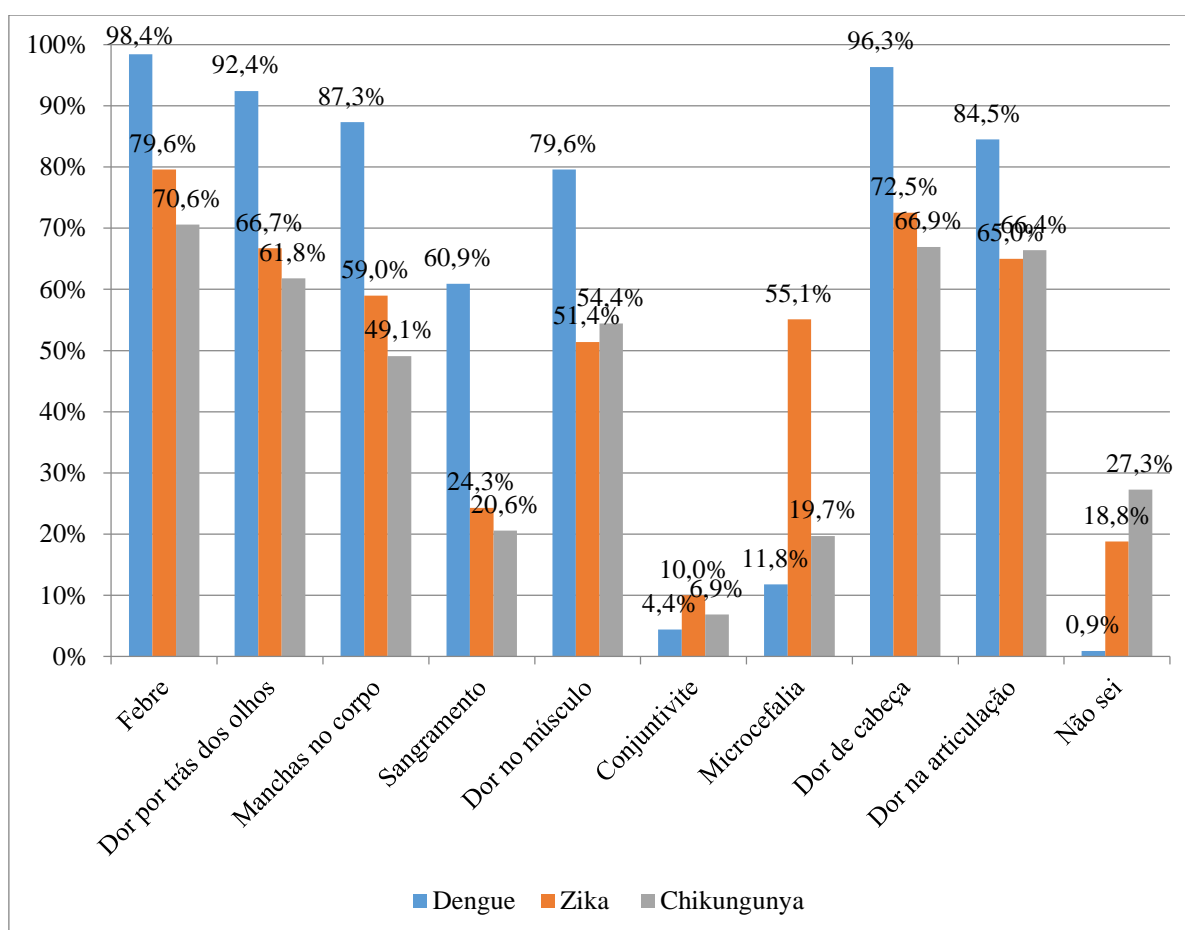


Gráfico 4. Conhecimento e percepção das formas de transmissão de Dengue, Zika e Chikungunya. Anápolis, Goiás, 2017.



Quanto aos sinais e sintomas (Gráfico 5), para as três doenças, as opções mais apontadas foram febre e dor de cabeça, enquanto os menos citados foram microcefalia (11,8%) e conjuntivite (4,4%) na Dengue, sangramento (24,3%) e conjuntivite (10%) na Zika e conjuntivite (6,9%) e microcefalia (19,7) na Chikungunya. As doenças Zika e Chikungunya ainda tiveram maior percentual de entrevistados que marcaram a opção “não sei” quanto aos aspectos clínicos da doença. Microcefalia foi uma opção apontada por 55,1% dos participantes no questionário de Zika.

Gráfico 5. Conhecimento e percepção dos aspectos clínicos de Dengue, Zika e Chikungunya. Anápolis, Goiás, 2017.



A respeito do conhecimento da população sobre o vetor *Aedes aegypti* (Gráfico 6), nota-se que os locais de reprodução do vetor: vasos ou plantas com água, caixa d'água destampada e depósitos com água foram apontados por mais de 90% dos participantes. Enquanto que “piscinas tratadas semanalmente” foi a opção indicada por apenas 5,3% dos

entrevistados. Quando perguntados se todo mosquito *Aedes aegypti* está infectado pelo agente etiológico (Gráfico 7) dessas doenças 54,4% afirmaram que não, enquanto 56,7% dos entrevistados apontaram que a forma de contaminação do mosquito é picando uma pessoa contaminada (Gráfico 8).

Gráfico 6. Conhecimento e percepção sobre locais de reprodução do *Aedes aegypti*. Anápolis, Goiás, 2017.

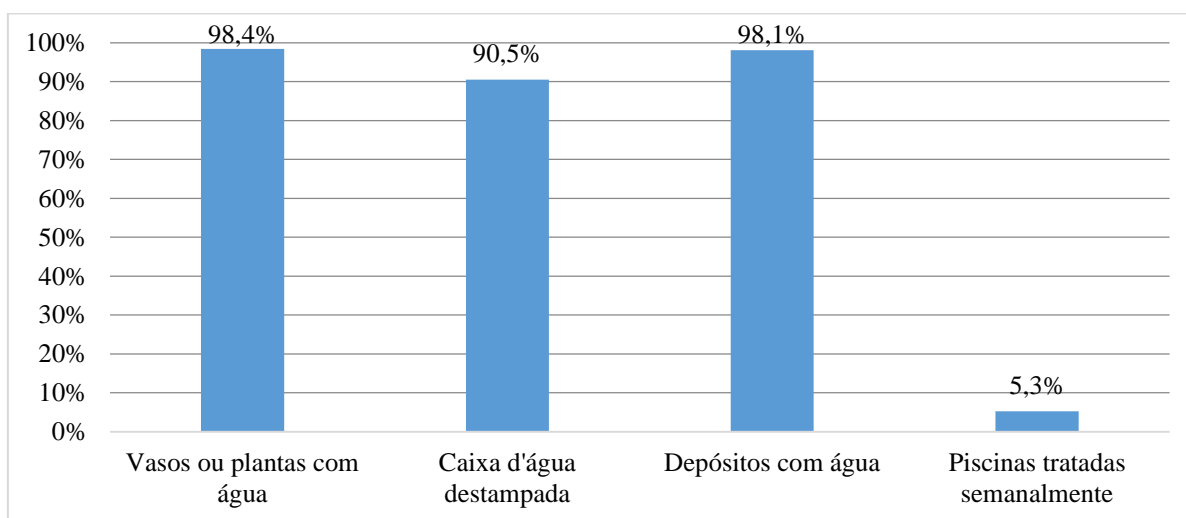


Gráfico 7. Conhecimento e percepção sobre a presença do agente etiológico em todos mosquitos *Aedes aegypti*. Anápolis, Goiás, 2017.

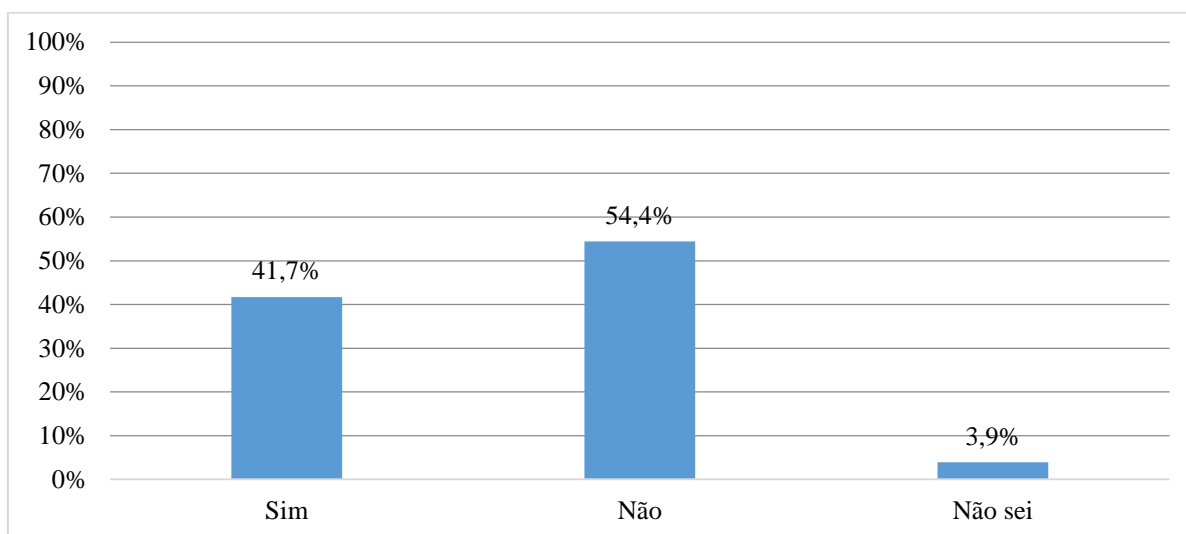
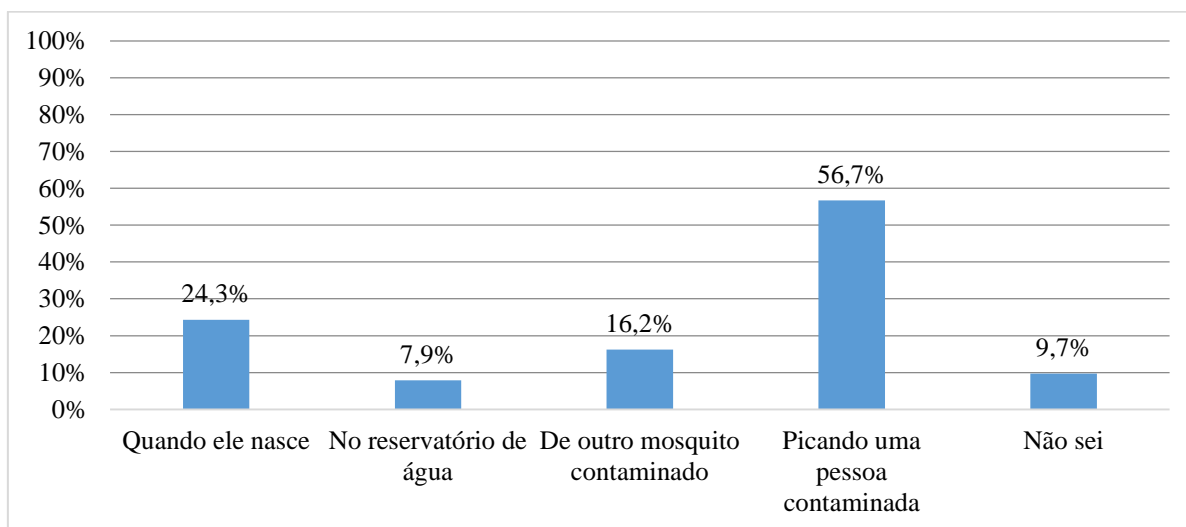


Gráfico 8. Conhecimento e percepção sobre como o mosquito *Aedes aegypti* torna-se infectado. Anápolis, Goiás, 2017.



Os Gráficos 9 e 10 representam o conhecimento dos participantes a respeito das medidas de prevenção de Dengue, Zika e Chikungunya e aquelas adotadas por eles em suas residências. Nota-se que ações de combate à água parada como: “lavar periodicamente os reservatórios de água” e “destruir depósitos que juntem água” foram apontadas por mais de 90% dos participantes. Já em relação às medidas adotadas em suas residências, 96,5% dos participantes disseram eliminar depósitos não utilizados de água, enquanto que apenas 2,1% relatou não fazer nada para combater o *Aedes aegypti*.

Gráfico 9. Conhecimento da população sobre as medidas de controle do *Ae. aegypti*. Anápolis, Goiás, 2017.

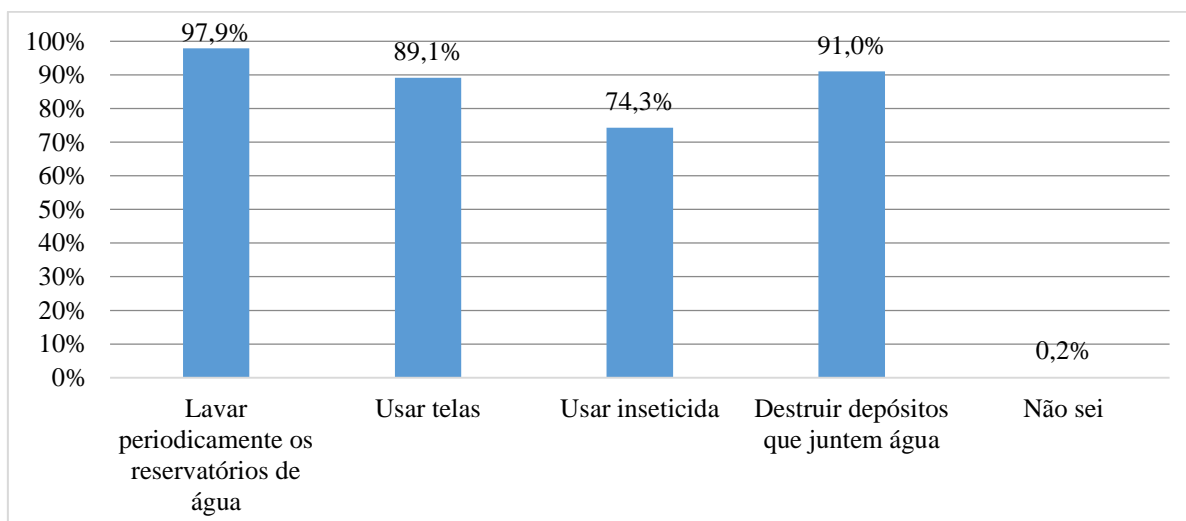
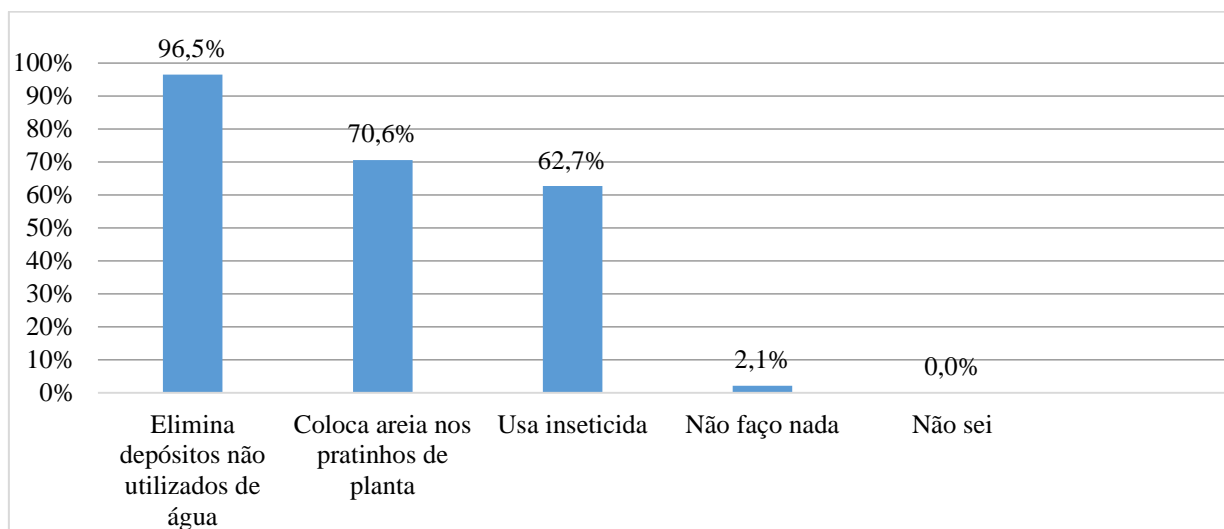
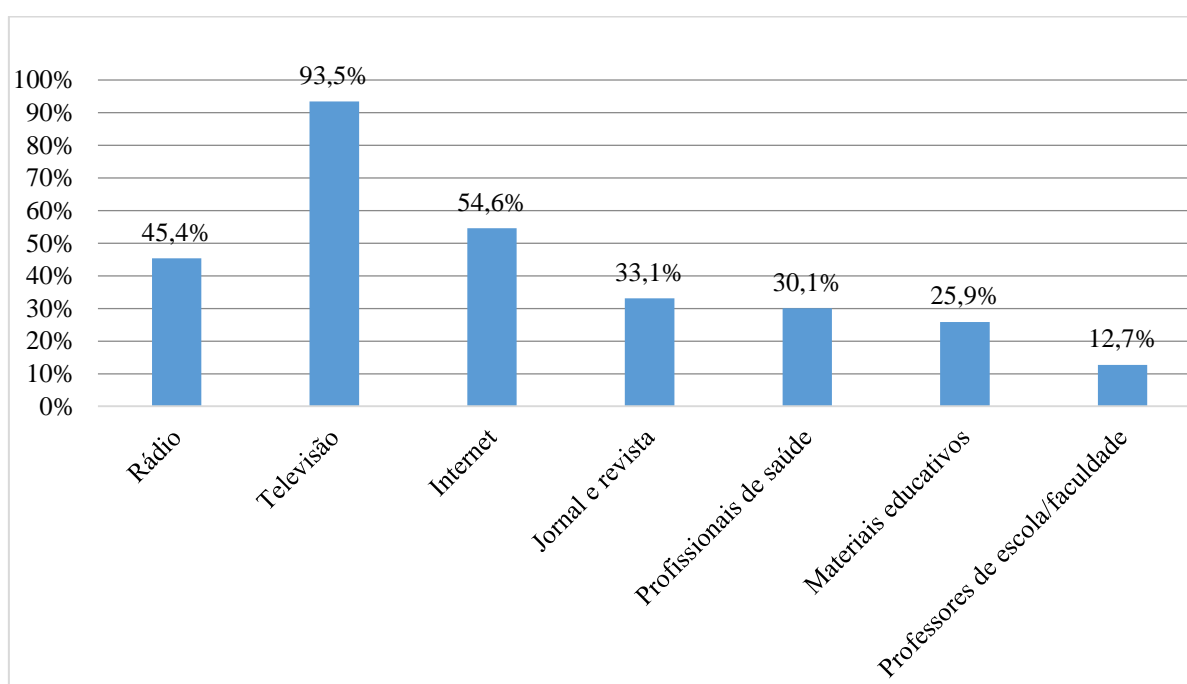


Gráfico 10. Conhecimento, percepção e adesão às medidas de prevenção das doenças. Anápolis, Goiás, 2017.



Quanto aos meios de informação que são utilizados pelos entrevistados para obterem tais conhecimentos, houve destaque para a televisão, representando 93,5% de respostas (Gráfico 11).

Gráfico 11. Principais meios de informação sobre Dengue, Zika e Chikungunya. Anápolis, Goiás, 2017.



6. DISCUSSÃO

O presente estudo foi o primeiro realizado no município de Anápolis-GO nos moldes de inquérito domiciliar para avaliar o conhecimento e a percepção da população sobre a Dengue, Zika e Chikungunya, suas formas de transmissão, medidas de controle além das práticas de prevenção. A partir das 432 entrevistas realizadas, os resultados indicaram que a maioria dos participantes foram do sexo feminino, o que se explica pelo fato da cidade em questão apresentar uma população de maioria feminina (BRASIL, 2016), além disso, as mulheres estão em maior número presentes em seus domicílios durante o horário comercial, no qual foi aplicado a pesquisa, algo que corrobora com Gonçalves Neto et al. (2004), que observou 72,5% dos participantes do sexo feminino em sua pesquisa.

A faixa etária dos entrevistados indicou uma participação mais expressiva entre 18 e 39 anos (Tabela 1). Quanto à escolaridade, a maior porcentagem havia concluído o segundo grau, seguido de perto pelos que apresentavam o primeiro grau completo, revelando que a maioria trouxe conhecimentos sedimentados pelo ensino básico para responder ao formulário. Nascimento (2004) também concluiu em seus percentuais de estudo tal correlação positiva ($p < 0,001$) entre a percepção sobre a Dengue, Zika e Chikungunya e os participantes com segundo e terceiro grau de instrução.

Ao analisar a percepção da população sobre o nível de conhecimento dos entrevistados sobre essas três doenças, seus agentes etiológicos, formas de transmissão, aspectos clínicos e vetor é possível confrontar a realidade do que a população imagina que sabe e o que ela realmente conhece sobre estas doenças transmissíveis. Neste contexto, observou-se que os participantes ao serem perguntados se conheciam as doenças em questão, estes, com raríssimas exceções, disseram conhecê-las. Diante disso, a análise de alguns sintomas específicos merece atenção: dentro dos aspectos clínicos, os resultados indicaram que a maioria dos participantes possuem conhecimento satisfatório a respeito dos sintomas da Dengue clássica, porém isso não ocorre com a Zika e Chikungunya. Por exemplo, o sintoma de sangramento, um sinal de alerta para as formas hemorrágicas da Dengue, teve um resultado que mostrou um índice de acerto baixo, porém isso pode ser explicado pela exposição da população à infecção viral predominantemente da forma clássica da Dengue. Tal padrão de conhecimento, baseado em evidências, é também visto em países asiáticos. Neles os inquéritos que avaliaram o conhecimento da população determinaram a febre e a hemorragia como os principais sintomas reconhecidos pela sociedade, de modo que são encontrados nestes países altos coeficientes de incidência da

forma hemorrágica, com grande impacto social e altas taxas de mortalidade infantil (NASCIMENTO, 2004).

Foi também observado que quando questionados sobre a Zika e a Chikungunya os participantes se mostraram incertos quanto aos sinais e sintomas. Dessa forma, as mesmas respostas foram as mais citadas nas três doenças pesquisadas, ou seja, febre, dor de cabeça e dor muscular, variando apenas na Zika, a qual microcefalia também foi um sinal bastante relatado (MARACAJÁ; SALES; DE SOUZA, 2016). Esta situação também pode ser explicada pela recente entrada dessas duas últimas doenças no cenário nacional, já que os primeiros casos somente foram relatados a partir de 2014 (BRASIL, 2016).

Quanto à pergunta “Quem causa” e “Quem transmite”, os resultados exaltam a falta de conhecimento gerando uma confusão na população pesquisada, de modo que a maioria acredita que tanto quem causa quanto quem transmite as três patologias seja o mosquito. Algo também notório em relação a este tópico é o desconhecimento da população sobre as duas novas formas de transmissão da Zika, que são por contato sexual e a transmissão vertical, que apresentaram nesta pesquisa resultados muito baixos, demonstrando que há uma perigosa porta para a propagação desta doença e, provavelmente, uma comunicação ineficiente entre os meios de comunicação e a população (ARAÚJO, 2009).

A análise dos resultados encontrados em relação à transmissão mostrou níveis significativos de conhecimento sobre o vetor *Ae. Aegypti* na população estudada, assim como foi visto no estudo de Sousa (2016). Logo, o conhecimento referente ao local de reprodução do mosquito, medidas de controle e a adesão no combate ao vetor mostrou-se elevado, sendo que este constitui-se, não raro, o núcleo das mensagens veiculadas pelas campanhas educativas.

As medidas de prevenção divulgadas como essenciais para o controle da Dengue, como a eliminação de criadouros para o vetor no ambiente intradomiciliar e peridomiciliar, se mostram estar incorporadas como atividades de prevenção pela população, visto os altos percentuais de participantes que afirmaram adotar as medidas preventivas. Em confronto, Nascimento (2004) em estudo semelhante a este, no que tange às práticas preventivas de combate ao vetor nos domicílios, realizado no município de Goiânia-GO, a adesão às medidas preventivas não chegou a 50% da população estudada. Possivelmente essa diferença de adesão seja explicada pelo tempo cronológico entre as duas, o que demonstra que as campanhas realizadas neste período possam ter contribuído positivamente.

Vale ressaltar o tópico “usar inseticidas” como meio de prevenção das doenças, pois 271 participantes (62,7%) responderam que utilizam, o que vai contra às estratégias do

Ministério da Saúde, o qual considera inadequado o uso de aerossóis do grupo dos piretroides, por causar graves consequências no meio ambiente e interferir na eficácia dos programas de controle da Dengue, tornando o mosquito ainda mais resistente ao inseticida. Esse mesmo órgão preconiza o uso de inseticidas apenas com equipamentos específicos e por equipes das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, treinadas para seu manuseio, o “fumacê”. Enquanto isso, outros autores, como Paumgartten e Delgado (2016) afirmaram que os repelentes podem ser considerados adjuvantes em prevenir doenças transmitidas por artrópodes incluindo malária e arboviroses como febre amarela, Dengue, Chikungunya, Zika e encefalite do Nilo Ocidental.

Ressalte-se que apesar de a grande maioria dos entrevistados do município de Anápolis-GO relatarem que combatem o foco do mosquito em suas casas, na prática o aumento dessas três doenças não confirma tal postura. Essa percepção é corroborada pelo estudo de Cavalcante, Porto e Tauil (2007) no qual grande maioria dos entrevistados também demonstraram conhecimento correto da transmissão da doença e dos meios para reduzir a densidade de mosquitos, porém, a inspeção dos domicílios e peridomicílios feita por eles revelou uma quantidade enorme de potenciais criadouros para os vetores.

Quanto aos recursos de comunicação midiáticas, é certo que eles são responsáveis por transmitir as formas de percepção do mundo e de inter-relação com o universo atual (OLIVEIRA, 2000). No entanto, torna-se claro muitas das vezes que a mídia privilegia as vozes detentoras de poder. Há muito conteúdo deturpado, afim de favorecer a interesses particulares, além de pouco espaço para a população se expressar (ARAÚJO, 2009). No presente estudo, quando interrogado à população de Anápolis-GO sobre em quais meios de comunicação se obteve informações sobre Dengue, Zika e Chikungunya, a maioria dos participantes citou a televisão, seguido de internet e rádio. As opções menos citadas foram professores da faculdade/escola, profissional de saúde (médico, enfermeiro, agente de saúde), material educativo (cartazes, panfletos, etc.), mostrando que mesmo com o advento da internet, a televisão ainda nos dias de hoje possui caráter decisivo nas informações recebidas pela população. Porém, o que vai contrário ao esperado de uma população de profissionais da área da saúde é a pouca participação dos mesmos no repasse de informações de saúde de qualidade, algo que já foi visto por De Almeida Lima et al. (2014) ao identificar grandes problemas de comunicação no predominante modelo sacerdotal em que os profissionais da saúde, no caso, os dominantes da informação, repassa à população apenas aquilo que lhe tem interesse, gerando importantes problemas de saúde pública à sociedade.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com este trabalho conclui-se que a população mostrou níveis satisfatórios de conhecimento sobre a Dengue e níveis considerados ruins sobre a Zika e Chikungunya. Isso se verifica provavelmente pelo maior tempo de vigência da primeira doença citada em nosso país, fortalecida esse conhecimento por incontáveis companhas do Ministério da Saúde e Secretarias municipais de Saúde. Porém, o desconhecimento sobre as doenças Zika e Chikungunya se torna preocupante, de modo que já se passaram quase três anos dos primeiros surtos no Brasil e o que se observa é apenas uma população confusa em relação a estas duas doenças ou em total falta de conhecimento das mesmas.

Conclui-se também que a população pouco sabe a respeito das outras formas de transmissão da Zika, uma vez que as formas “contato sexual” e “de mãe para filho”, que foram descobertas recentemente e são de extrema importância na transmissão deste vírus, foram pouco citadas. Assim, é certo que tal desconhecimento esteja colaborando para a perpetuação desta doença no meio.

Ainda, observa-se que grande parte da comunidade tem plena consciência das medidas de controle do vetor e afirmaram, através da pesquisa, que não só conhecem como praticam o combate do vetor em suas residências. No entanto, incoerentemente, o que se percebe é que os índices de novos casos de Dengue, Zika e Chikungunya continuam a crescer a cada ano gerando a dúvida se as ações preventivas estão sendo realizadas da forma correta.

Já em relação aos meios de comunicação, a mídia em geral tem um papel fundamental no processo de disseminação das informações e do conhecimento e poderia ser utilizada pelos órgãos de saúde como instrumento correto e eficaz para a propagação de políticas de saúde e não somente para levar informações isoladas e descontínuas em épocas de surtos de doenças. Gera-se surpresa, também, observar que os “profissionais da saúde” pouco vêm auxiliando a população na construção de seu conhecimento. É certo, que tal fato pode dar margem para novas pesquisa com o objetivo de avaliar a influência de médicos, enfermeiros e agentes de saúde na construção do conhecimento em saúde da população.

Assim, diante de todos esses fatos, o presente trabalho teve um propósito de não apenas mostrar dados, mas de gerar uma reflexão sobre o papel e a necessidade de cada indivíduo, em sua posição social e coletiva, de combater estas doenças que ainda são tão presentes, tão preocupantes e ainda tão negligenciadas no Brasil.

8. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Raquel; ARAÚJO, Inesita. Soares. Araújo. A mídia em meio às ‘emergências’ do vírus Zika: questões para o campo da comunicação e saúde. **Revista Eletrônica de Comunicação Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 1-15, 2016. Disponível em: < <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/13588>>. Acesso em: 07/11/2016.

ARAÚJO, Inesita Soares de. Um olhar sobre as relações entre o SUS e a mídia. **Seminário SUS 20 anos**, Rio de Janeiro, p.62–69, Fiocruz, 2009. Disponível em: <[file:///D:/Downloads/um%20olhar%20sobre%20as%20relac%CC%A7oes%20entre%20o%20sus%20e%20a%20mi%CC%81dia%20\(1\).pdf](file:///D:/Downloads/um%20olhar%20sobre%20as%20relac%CC%A7oes%20entre%20o%20sus%20e%20a%20mi%CC%81dia%20(1).pdf)>. Acesso em: 29/10/2017.

ARAÚJO, Izabel Cristina Nunes; ARAÚJO-JORGE, Tania Cremonini de; MEIRELLES, Rosane Moreira Silva de. Prevenção à dengue na escola: concepções de alunos do ensino médio e considerações sobre as vias de informação. **Encontro Nacional de Pesquisa em Educação e Ciências**, v. 5, p. 1-12, 2005. Disponível em: <<http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/venpec/conteudo/artigos/1/pdf/p227.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

BARROS, Héilton da Silva. **Investigação de conhecimentos sobre a dengue e o índice de adoção de um recurso preventivo (capa evidengue) no domicílio de estudantes, associados a uma ação educativa em ambiente escolar**. 2007.110f. Dissertação (Mestrado) – Instituto Oswaldo Cruz, Ensino em Biociências e Saúde. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://netra.cpqrr.fiocruz.br/download/Dissertacao_HelitonSBarros_IOC.pdf>. Acesso em: 07/11/2016.

BASTOS, João Luiz Dornelles; DUQUIA, Rodrigo Pereira. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/14453/9671>>. Acesso em: 07/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 47, n. 31, 2016. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. ISSN 2358-9450. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/setembro/13/2016-026--2-.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Boletim Epidemiológico**, v. 48, n. 27, 2017. Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde. ISSN 2358-9450. Disponível em: < <http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/agosto/29/2017-026-Monitoramento-dos-casos-de-dengue-febre-de-chikungunya-e-febre-pelo-virus-Zika-ate-a-Semana-Epidemiologica-33-de-2017.pdf> >. Acesso em: 07/10/2017.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. *Aedes aegypti*: histórico do controle no Brasil. **Epidemiologia e serviços de saúde**, v. 16, n. 2, p. 113-118, 2007. Disponível em: <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?pid=S1679-49742007000200006&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 07/11/2016.

CAVALCANTE, Karina Ribeiro Jardim Leite; PORTO, Vanessa Torales; TAUIL, Pedro Luiz. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, e práticas em relação à prevenção de dengue na população de São Sebastião-DF, Brasil, 2006. **Comunicação em ciências da saúde**, v. 18, n. 2, p. 141-146, 2007. Disponível em: <http://dominioprovisorio.tempsite.ws/pesquisa/revista/2007Vol18_2art05avaliacaodosconhecimentos.pdf>. Acesso em: 07/11/2016.

CHAVES, Moacir Rubens de Oliveira et al. Dengue, Chikungunya e Zika: a nova realidade brasileira. **Bio e Graphia**, 2016. Disponível em: <<https://bioeographia.wordpress.com/2016/03/23/dengue-chikungunya-e-zika-a-nova-realidade-brasileira/>>. Acesso em: 07/11/2016.

CHIARAVALLOTI NETO, Francisco et al. Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 987-997, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v22n5/11.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

CHIARAVALLOTI NETO, Francisco; MORAES, Maria Silvia de; FERNANDES, Maria Aparecida. Avaliação dos resultados de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do Município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimentos e práticas desta população. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 2, p. 101-109, 1998. Disponível em: <<http://www.bvsde.paho.org/bvsasv/p/fulltext/preto/preto.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

CLARO, Lenita Barreto Lorena; TOMASSINI, Hugo Coelho Barbosa; ROSA, Maria Luiza Garcia. Prevenção e controle da dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cadernos de saúde pública**, v. 20, n. 6, p. 1447-57, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000600002>. Acesso em: 07/11/2016.

DE ALMEIDA LIMA, Cássio et al. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Revista Bioética**, v. 22, n. 1, p. 152-160, 2014.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. **Manual de Orientações e recomendações da FEBRASGO sobre a infecção pelo vírus Zika em gestantes e microcefalia**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.febRASGO.org.br/site/wp-content/uploads/2016/05/Zika-Virus-em-Gestantes-e-Microcefalia.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

FERRARI, Flávio Pierette et al. Prevalência de asma em escolares de Curitiba-projeto ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood). **Jornal de Pediatria**, v. 74, n. 4, p. 299-305, 1998. Disponível em: <<http://www.jped.com.br/conteudo/98-74-04-299/port.pdf>>. Acesso em: 30/04/2017.

FERRAZ, Luiz Marcelo Robalinho; GOMES, Isaltina Maria de Azevedo Mello. A construção discursiva sobre a dengue na mídia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 15, n. 1, p. 63-74, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100006&lng=pt>. Acesso em: 07/11/2016.

FRANÇA, Elisabeth; ABREU, Daisy; SIQUEIRA, Márcia. Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, n. 5, p. 1334-1341, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/csp/v20n5/28.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

GOOGLE. Google Earth. Version 7.1. 2015. Nota (Anápolis, Goiás). Disponível em: <<https://www.google.com.br/intl/pt-PT/earth/>>. Acesso em: 20\04\2017

GONÇALVES NETO, Vicente Silva et al. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 10, p. 2191-2200, 2006. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v22n10/18.pdf>>. Acesso em: 03/05/2017.

LENZI, Márcia de Freitas et al. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 16, n. 3, p. 851-856, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16n3/2971.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

LEVIN, Jack. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. São Paulo: Harbra Ltda. 2012.

MARACAJÁ, Maria Celina Sarmiento; SALES, Luiz Ricardo; DE SOUZA, Kalliup Leonora Morais. **Dengue, chikungunya e zika vírus na escola: educação em saúde**, 2016.

Disponível em:

<http://www.editorarealize.com.br/revistas/conidis/trabalhos/TRABALHO_EV064_MD4_SA7_ID430_24102016235722.pdf> Acesso em: 01/05/2017.

MORETTI, Felipe Azevedo; OLIVEIRA, Vanessa Elias de; SILVA, Edina Mariko Koga da. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 58, n. 6, p. 650-658, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v58n6/v58n6a08.pdf>>. Acesso em 07/11/2016.

NASCIMENTO, N. E. S. **Conhecimento e percepção da população sobre dengue: inquérito domiciliar no município de Goiânia-Goiás**. 2004. Tese de Doutorado. Dissertação de Mestrado em Medicina Tropical do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública da Universidade Federal de Goiás. Disponível em: <<https://posstrictosensu.iptsp.ufg.br/up/59/o/NazarethElias-2004.pdf.pdf>>. Acesso em: 01/05/2017

OLIVEIRA, Valdir de Castro. A comunicação midiática e o sistema único de saúde. **Interface-comunicação, saúde, educação**, v. 4, n. 7, p. 71-80, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n7/06.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

PAUMGARTTEN, Francisco José Roma; DELGADO, Isabella Fernandes. Repelentes de mosquitos, eficácia para prevenção de doenças e segurança do uso na gravidez. **Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia**, v. 4, n. 2, p. 97-104, 2016. Disponível em: <<http://visaemdebate.incqs.fiocruz.br>>. Acesso em: 07/03/2017.

SOUSA, Larissa Braz. **Estudo de infestação por Aedes aegypti na epidemiologia de dengue e percepção da população de Rio Claro, SP sobre aspectos da doença**. 2016. 104f. Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro. Rio Claro, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/handle/11449/143937>>. Acesso em 07/11/2016.

VALLE, Denise; PIMENTA, Denise Nacif; AGUIAR, Raquel. Zika, dengue e chikungunya: desafios e questões. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 25, n. 2, p.419-422, abr-jun 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v25n2/2237-9622-ress-25-02-00419.pdf>>. Acesso em: 07/11/2016.

VELHO, Ana Paula Machado; DOMINGUES, Diana; LUCENA, Tiago Franklin R. Dengue na imprensa local: uma doença em notícia. **Verso e Reverso**, v. 30, n. 73, p. 2-10, 2016. Disponível em: <<http://revistas.unisinos.br/index.php/versoereverso/article/view/ver.2016.30.73.01>>. Acesso em: 07/11/2016.

VILLELA, Edlaine Faria de Moura; ALMEIDA, Marco Antonio de. Mediações da informação em Saúde Pública: um estudo sobre a dengue. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 6, n. 1, 2012. Disponível em: <<http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/606>>. Acesso em: 07/11/2016.

VILLELA, Edlaine Faria de Moura; NATAL, Delsio. Mídia, saúde e poder: um jogo de representações sobre dengue. **Saúde e Sociedade**, v. 23, n. 3, p. 1007-1017, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902014000301007>. Acesso em: 07/11/2016.

APÊNDICE 1 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Identificação

1. Idade:
2. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino
3. Grau de instrução:
(1) 1º grau (2) 2º grau (3) Superior
4. Casa própria: (1) Sim (2) Não
5. Tempo que mora no bairro:
6. Nº de cômodos fechados:
7. Nº de moradores permanentes no domicílio:

FORMULÁRIO- DOMICILIAR INVESTIGAÇÃO DE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA EM ANÁPOLIS – 2017 ESTUDO SOBRE PERCEPÇÃO DA DOENÇA, SEU VETOR E FORMAS DE TRANSMISSÃO

DENGUE

1. Você sabe o que é dengue? (1) Sim (2) Não

2. Quem causa a dengue?

(1) mosquito (2) vírus (3) bactéria
(99) Não sei

3. Como a dengue é transmitida?

(ATENÇÃO: NAS PERGUNTAS ABAIXO HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

(1) Contato sexual
(2) pelo ar
(3) por mosquitos
(4) pela água
(5) de mãe para filho
(99) não sei

4. Quais são os sinais/sintomas mais comuns que uma pessoa com dengue tem? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

(1) febre
(2) dor por trás dos olhos
(3) manchas no corpo

(4) sangramento

(5) dor no músculo

(6) conjuntivite

(7) microcefalia

(8) dor de cabeça

(9) dor na articulação

(99) não sei

5. O que você faria ao achar que alguém da sua família está com dengue?

(1) Daria remédio por conta própria
(2) Levaria ao médico ou posto de saúde
(3) Não faria nada

6. Na sua opinião, a dengue é uma doença que pode levar à morte?

(1) Sim (2) Não (99) Não Sei

7. Em sua opinião, o trabalho feito pela prefeitura para combater a dengue é:

(1) O mais importante e não precisa da ajuda da população
(2) Importante, mas só em algumas épocas do ano, quando os casos aumentam
(3) Importante, mas precisa ser realizado junto com a população para combater o vetor.

ZIKA

1. Você sabe o que é Zika? (1) Sim (2) Não

2. Quem causa a Zika?

(1) mosquito (2) vírus (3) bactéria
(99) Não sei

3. Como a Zika é transmitida?

(ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

(1) Contato sexual
(2) pelo ar
(3) por mosquitos
(4) pela água
(5) de mãe para filho
(99) não sei

4. Quais são os sinais/sintomas que uma pessoa com Zika tem? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

(1) febre
(2) dor por trás dos olhos
(3) manchas no corpo
(4) sangramento

(5) dor no músculo

(6) conjuntivite

(7) microcefalia

(8) dor de cabeça

(9) dor na articulação

(99) não sei

5. O que você faria ao achar que alguém da sua família está com Zika?

(1) Daria remédio por conta própria
(2) Levaria ao médico ou posto de saúde
(3) Não faria nada

6. Na sua opinião, a Zika é uma doença que pode levar à morte?

(1) Sim (2) Não (99) Não Sei

7. Em sua opinião, o trabalho feito pela prefeitura para combater a dengue é:

(1) O mais importante e não precisa da ajuda da população
(2) É importante, mas só em algumas épocas do ano, quando os casos aumentam
(3) É importante, mas precisa ser realizado junto com a população para combater o vetor.

CHIKUNGUNYA

1. Você sabe o que é Chikungunya?

(1) Sim (2) Não

2. Quem causa a Chikungunya?

(1) mosquito (2) vírus (3) bactéria
(99) Não sei

3. Como a Chikungunya é transmitida?

(ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE

4. Quais são os sinais/sintomas que uma pessoa com Chikungunya tem?

(ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

(1) Contato sexual

(2) pelo ar

(3) por mosquitos

(4) pela água

(5) de mãe para filho

(99) não sei

(1) febre

(2) dor por trás dos olhos

(3) manchas no corpo

(4) sangramento

(5) dor no músculo

(6) conjuntivite

- (7) microcefalia
- (8) dor de cabeça
- (9) dor na articulação
- (99) não sei

5. O que você faria ao achar que alguém da sua família está com Chikungunya?

- (1) Daria remédio por conta própria
- (2) Levaria ao médico ou posto de saúde
- (3) Não faria nada

6. Na sua opinião, a Chikungunya é uma doença que pode levar à morte?

(1) Sim (2) Não (99) Não Sei

7. Em sua opinião, o trabalho feito pela prefeitura para combater a dengue é:

- (1) O mais importante e não precisa da ajuda da população
- (2) Importante, mas só em algumas épocas do ano, quando os casos aumentam
- (3) Importante, mas precisa ser realizado junto com a população para combater o vetor.

FORMULÁRIO DOMICILIAR
INVESTIGAÇÃO DE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA EM ANÁPOLIS 2017
ESTUDO SOBRE O VETOR E MEDIDAS DE PREVENÇÃO DESTAS DOENÇAS

1. Você pode citar forma(s) de controle do mosquito *Ae. aegypti*? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- (1) Lavar periodicamente os reservatórios de água
- (2) Usar telas (acortinados, mosquiteiros)
- (3) Usar inseticida
- (4) Destruir depósitos que juntem água
- (99) Não sei

2. Como você evita a presença de mosquitos *Ae. aegypti* na sua casa? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- (1) Eliminando depósitos não utilizados de água
- (2) Colocando areia nos pratinhos de planta
- (3) Usando inseticida
- (4) Não faço nada
- (99) Não sei

3. Em que lugar o mosquito *Ae. aegypti* se reproduz? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- (1) Em vasos ou plantas com água
- (2) Em caixa d'água destampada

- (3) Em depósitos com água (latas, garrafas, copos, pneus)
- (4) Piscinas tratadas semanalmente

4. Todo mosquito *Ae. aegypti* está com o agente causador de doenças?

- (1) Sim (2) Não (99) Não sei

5. Você sabe como o mosquito *Ae. aegypti* se torna infectado por doenças? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- (1) Quando ele nasce
- (2) No reservatório de água
- (3) De outro mosquito contaminado
- (4) Picando uma pessoa contaminada
- (99) Não sei

6. Como você ficou sabendo destas informações? (ATENÇÃO: HÁ A POSSIBILIDADE DE ESCOLHER MAIS DE UMA ALTERNATIVA)

- (1) Rádio
- (2) Televisão
- (3) Internet
- (4) Jornais e revistas
- (5) Profissional de saúde (médico, enfermeiro, agente de saúde)
- (6) Material educativo (cartazes, panfletos, etc)
- (7) Professores da escola/faculdade

