

AJES- INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA

CURSO: LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

**PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA: ANÁLISE CULTURAL E AMBIENTAL DO
CASO DA DENGUE EM JUÍNA / MT.**

AUTORA: Giselle Pereira de Mendonça

ORIENTADOR: Prof Ms. Djalma Gonçalves Ramires

JUÍNA/ MT 2009.

AJES- INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA
CURSO: LICENCIATURA EM GEOGRAFIA

PROMOÇÃO DA SAÚDE FÍSICA: ANÁLISE CULTURAL E AMBIENTAL DO
CASO DA DENGUE EM JUINA / MT.

AUTORA: Giselle Pereira de Mendonça

ORIENTADOR: Prof Ms. Djalma Gonçalves Ramires

Trabalho de Graduação Individual apresentado
como avaliação do Curso de Licenciatura de
Geografia AJES-Faculdade do Vale do Juruena.
Orientador: Prof. Ms Djalma Gonçalves Ramires.

JUINA/MT 2009

AJES – INSTITUTO SUPERIOR DE EDUCAÇÃO DO VALE DO JURUENA.

CURSO: LICENCIATURA EM GEOGRAFIA.

BANCA EXAMINADORA

PROF^a Ms.DENISE PERALTA LEMES

PROF^a Ms. MARINA SILVEIRA LOPES

**ORIENTADOR
MS DJALMA GONÇALVES RAMIRES**

AGRADECIMENTO

Agradeço a deus pelo dom da vida, por me iluminar, me dar força e paciência.

Aos meus pais, Dirceu Pereira de Mendonça e Sonia Maria Consentino de Mendonça, que sempre estiveram me incentivando e ajudando que eu não desanimasse dos estudos.

Aos meus colegas de classe, pela convivência que tornamos uma grande família, compartilhando as experiências de vidas, alegrias, tristezas, dificuldades, conquistas e sempre respeitando um ao outro, todos conquistaram um enorme espaço em meu coração e sempre serão lembrados “*valeu galera*”.

A Professora MS Denise Peralta Lemes, que foi mais que uma professora e simplesmente conquistou minha amizade e respeito, pelo seu carisma, sua bondade e como ninguém conhece meus anseios, inseguranças e força de vontade para chegar ao conhecimento de novos caminhos.

Ao professor Ms. Djalma Gonçalves Ramires, que sempre esteve presente, incentivando para que eu não desanimasse e orientando, para a construção deste trabalho.

A professora Ms. Marina Silveira Lopes, que com toda sua experiência de vida me mostrou e me incentivou e sempre enfocando no dizer que nunca podemos desistir de nossos objetivos e devemos acreditar que somos capazes, basta querer e ter força.

Aos professores que passaram no decorrer dos três anos letivo do curso de Licenciatura de Geografia, que DEUS abençoe á todos pela paciência e sabedoria e o dom de ensinar seus pequenos alunos a se tornarem gigantes.

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo demonstrar a distribuição geográfica da Dengue e o número de incidência de casos na cidade de Juína-MT, no período de Janeiro de 2008 á Outubro de 2009. A Dengue é uma doença febril aguda, de etiologia viral que persiste na natureza mediante o ciclo homem -*Aedes aegypti*- homem, sendo o homem a fonte de infecção e reservatório. Esta pesquisa foi realizada de Agosto a Novembro de 2009, com dados referentes ao ano de 2008 á Outubro de 2009, fornecidos pela Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e do Escritório Regional de Saúde de Juína. A incidência da Dengue aumento no período estudado, como também o numero de criadouros, estes dados demonstram que é necessário a participação da comunidade, visto que os criadouros dos domicílios são responsabilidades exclusiva desta. É importante ainda que a população se sinta sensibilizada para a grave situação, além disso, para o controle da Dengue deve-se atentar para aspectos culturais da população. É uma questão de sensibilidade das pessoas, que precisam se engajar nesta difícil tarefa de controlar o agente transmissor da Dengue.

Palavra-Chave: Dengue, *Aedes aegypti*, Juína.

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 Histórico de casos de dengue notificados do ano 2008.....	33
Gráfico 2 Histórico de casos de dengue notificados do ano 2009.....	34
Gráfico 3 Percentual de casos de dengue,2008 e 2009.....	35
Gráfico 4 Percentual de casos de dengue confirmados 2008 e 2009.....	36
Gráfico 5 Percentual de casos descartados,2008 e 2009.....	37
Gráfico 6 Percentual de casos de dengue com complicação,2009.....	38

LISTA DE TABELA

Tabela 1 Incidência de casos de dengue referente aos meses do ano de 2008	31
Tabela 2 Incidência de casos de dengue referente aos meses do ano de 2009	32

LISTA DE FIGURA

Figura 1. Mapa de Distribuição da Dengue.....	13
Figura 2. Municípios Infestados por Aedes aegypti	13
Figura 3. Ovos do Aedes aegypti	18
Figura 4. Larva do Aedes aegypti	18
Figura 5. Pupa do Aedes aegypti	19
Figura 6. Mosquito Adulto do Aedes aegypti	19
Figura 7. Célula do Aedes aegypti contaminado com vírus.....	20
Figura 8. Mostra Manifestação Clínica Específica Hemorrágica Cutânea.....	24
Figura 9. Procedimento da técnica da prova de laço.....	27

SUMÁRIO

Introdução	10
1.Fundamentação Teórica	12
1.1.Distribuição Mundial da Dengue	12
2.Biologia do Aedes aegypti	13
3.Ciclo Evolutivo	13
3.1 Ovos.....	16
3.2 Larvas.....	16
3.3 Adulto.....	17
4.Morfologia do Aedes aegypti	17
4.1 Ovos.....	17
4.2 Larvas.....	18
4.3 Pupa.....	18
4.4 Adulto.....	19
5.Inoculação do vírus	19
6.Tipos de Dengue	20
6.1 Dengue Clássica.....	20
6.2 Dengue Hemorrágica.....	21
7.Diagnóstico Laboratorial	21
7.1 Inespecífico.....	24
7.2 Específico.....	25
7.3 Isolamento do Vírus.....	25
7.4 Teste Sorológico.....	25
7.5 Técnica da Prova de Laço.....	25
7.6 Tratamento.....	27
8.Metodologia	28
9.Resultado e Discussão	29
10.Conclusão	39
11.Referencias Bibliográfica	40
12. Anexos	41

INTRODUÇÃO

A dengue é uma das mais importantes arboviroses que afeta o homem e constitui um sério problema de saúde pública no mundo, especialmente nos países tropicais, onde as condições do meio ambiente favorecem o desenvolvimento e a proliferação do **Aedes aegypti**. O principal mosquito vetor é o **Aedes aegypti**, também transmissor da febre amarela urbana. Nas Américas, o vírus da dengue persiste na natureza mediante o ciclo de transmissão, homem- **Aedes aegypti**-homem.

A fonte da infecção e hospedeiro vertebrado é o homem, a transmissão ocorre quando a fêmea da espécie vetora se contamina ao picar um indivíduo infectado que se encontra na fase virêmica da doença, tornando-se, após um período de 10 a 14 dias, capaz de transmitir o vírus por toda sua vida através de suas picadas.

A infecção pelo vírus da dengue causa desde a forma clássica (sintomática ou assintomática) à febre hemorrágica da dengue (FHD).

Em Juína, o *Aedes aegypti* foi descrito pela primeira vez em 1998, e os primeiros focos foram detectados em criadouros em residência na área urbana do município. Segundo informação de um funcionário da Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de Juína. Desde então, as ações de controle do mosquito foram sistematizadas pela então Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde, sendo acompanhadas diretamente pelo Escritório Regional de Saúde de Juína.

A partir de 2000, houve uma participação mais direta da coordenação técnica municipal nas ações de controle vetorial, marcando então o início do processo de municipalização, não só no controle da Dengue e Febre Amarela, como de outras endemias de importância epidemiológica em nossa região. A Lei nº 6.259/75, dispõe sobre a organização da Vigilância Epidemiológica, e estabelece que “é dever de todo cidadão comunicar à autoridade sanitária local a ocorrência de fato comprovado ou presumível de casos de doença transmissível, sendo obrigatório a médicos e outros profissionais de saúde, no exercício de sua profissão, bem como aos responsáveis por organizações e estabelecimentos públicos e particulares de saúde

e ensino, a notificação de casos suspeitos ou confirmados das doenças de notificação compulsória”.

Considerando que a Dengue é um problema de saúde pública no país, este trabalho tem com o objetivo demonstrar a distribuição geográfica, da dengue no município. Analisando e comparando os dados levantados, relacionados no decorrer do ano de 2008 á outubro de 2009, pretende-se verifica a variação da incidência da Dengue, da infestação do **Aedes aegypti**.



1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. DISTRIBUIÇÃO MUNDIAL DA DENGUE

A Dengue tem distribuição mundial, na faixa que corresponde aproximadamente aos paralelos 35 Norte e Sul predominantemente a região intertropical (SILVA, 2001).

Os primeiros relatos históricos sobre dengue no mundo mencionaram a ilha de Java, em 1779. Nas Américas, a doença é relatada há mais de 200 anos, com epidemias no Caribe e nos Estados Unidos (SILVA, 2001).

A dengue caracteriza-se por epidemias sazonais nas populações afetadas, porém, em casos de condições ambientais bastante favoráveis, pode apresentar comportamentos endêmicos, com transmissão perene o ano todo (SILVA, 2001).

A imunidade cruzada entre os sorotipos é limitada, e assim é freqüente a infecção por diferentes sorotipos no mesmo indivíduo, em episódios epidêmicos distintos (SILVA, 2001).

Existem quatro sorotipos (denominados Dengue dos tipos 1,2,3 e 4).

[...] Conhecidos no Brasil desde século XIX, sua trajetória é descrita a seguir com referência aos marcos históricos mais relevantes: 1940-É proposta a erradicação do *Aedes aegypti*, como resultado do sucesso alcançado pelo Brasil na erradicação do *Anopheles gambiae*, transmissor da malária que, vindo da África, havia infestado grande parte do Nordeste do país. 1947-Adotado o emprego de dicloro-difenil-tricloroetano (DDT) no combate ao *Aedes aegypti*; 1955-Eliminado o último foco de *Aedes aegypti* no Brasil. 1958-A XV Conferência Sanitária Panamericana, realizada em Porto Rico, declara erradicado do território brasileiro o *Aedes aegypti*. 1967-Reintrodução do *Aedes aegypti* na cidade de Belém, capital do Pará e em outros 23 municípios do estado. 1969-Detectada a presença de *Aedes aegypti* em São Luís e São José do Ribamar, no Maranhão. 1973-Eliminado o último foco de *Aedes aegypti* em Belém do Pará. O vetor é mais uma vez considerado erradicado do território brasileiro. 1976-Nova reintrodução do vetor no Brasil, na cidade de Salvador, capital da Bahia. 1978 à 1984-Registrada a presença do vetor em quase todos os estados brasileiros, com exceção da região amazônica e extremo-sul do país. 1986-Em julho, é encontrado, pela primeira vez no Brasil, o *Aedes albopictus*, em terreno da Universidade Rural do Rio de Janeiro, no município de Itaguaí. 1994-Dos 27 estados brasileiros, 18 estão infestados pelo *Aedes aegypti* e, seis pelo *Aedes albopictus*. 1995-Em 25 dos 27 Estados, foi detectados o *Aedes aegypti* e somente nos estados do Amazonas e Amapá, não se encontrou o vetor. 1998-Foi detectada a presença do *Aedes aegypti* em todos os Estados do Brasil, com 2.942 municípios infestados, com transmissão em 22 Estados, *Aedes albopictus* presente em 12 Estados. 1999-Dos 5.507 municípios brasileiros existentes, 3.535 estavam infestados, destes 1.946 municípios em 23 Estados e o Distrito Federal apresentaram transmissão do dengue (MINISTÉRIO DA SAÚDE et al, 2001).

Na figura 1 podemos observar o mapa de distribuição mundial da dengue em 2007, e na figura 2 podemos observar o mapa dos municípios infestados por *Aedes aegypti* em 2006.

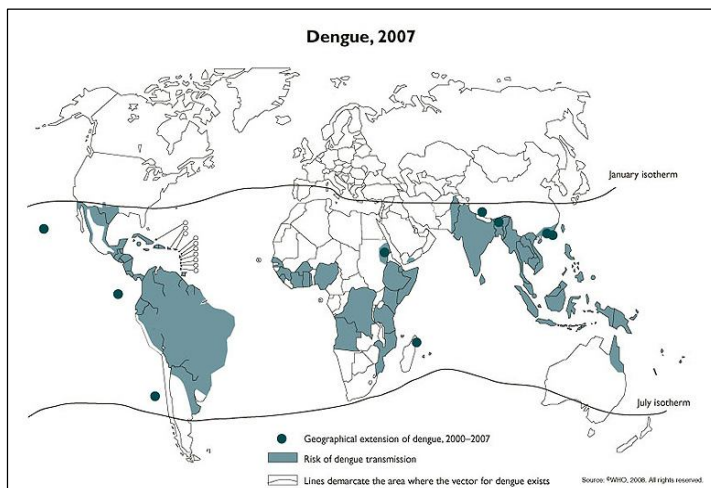


Figura 1: Mapa de Distribuição da Dengue em 2007.
Fonte: Portal Saúde (2007).

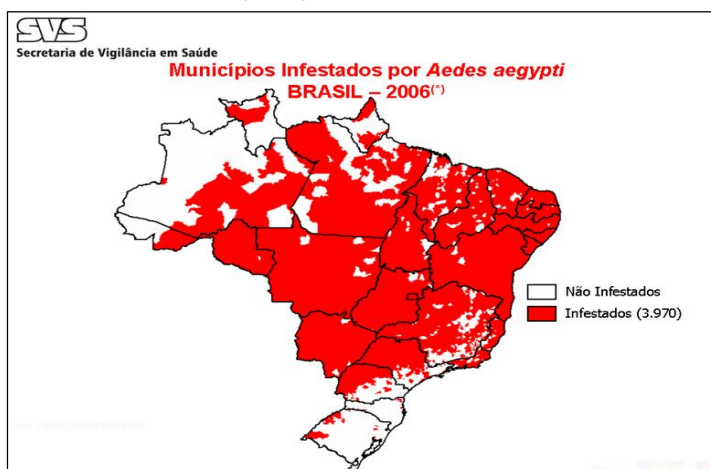


Figura 2: Municípios Infestados por *Aedes aegypti* Brasil 2006.
Fonte: Portal Saúde (2006).

2. BIOLOGIA DO *Aedes aegypti*

O *Aedes aegypti* (Linnaeus, 1762) e também o *Aedes albopictus* (Skuse, 1894) pertencem ao RAMO Arthropoda (pés articulados), CLASSE Hexapoda (três pares de patas), ORDEM Diptera (um par de asas anterior funcional e um par posterior transformado em halteres), FAMÍLIA Culicidae, GÊNERO *Aedes* (SILVA, 2001).

Por sua estreita associação com o homem, o **Aedes aegypti** é, especialmente, mosquito urbano, encontrado em maior abundância em cidades, vilas e povoados. Entretanto, no Brasil, México e Colômbia, já foi localizado em zonas rurais, provavelmente transportados de áreas urbanas em vasos domésticos, onde se encontravam ovos e larvas (ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE).

Os mosquitos se desenvolvem através de metamorfose completa, e o ciclo de vida do **Aedes aegypti** compreende quatro fases: ovo, larva (quatro estágios larvários), pupa e adulto (SILVA, 2001).

Os ovos do **Aedes aegypti** medem, aproximadamente, 1mm de comprimento e contorno alongado e fusiforme, são depositados pela fêmea, individualmente, nas paredes internas dos depósitos que servem como criadouros, próximos à superfície da água (PRADO, et al, 2001).

No momento da postura os ovos são brancos, mas, rapidamente, adquirem a cor negra brilhante (SILVA, 2001).

A fecundação se dá durante a postura e o desenvolvimento do embrião se completa em 48 horas, em condições favoráveis de umidade e temperatura, uma vez completado o desenvolvimento embrionário, os ovos são capazes de resistir a longos períodos de dessecação, que podem prolongar-se por mais de um ano. Foi já observada a eclosão de ovos com até 450 dias, quando colocados em contatos com a água (PRADO, et al, 2001).

A capacidade de resistência dos ovos de **Aedes aegypti** à dessecação é um sério obstáculo para sua erradicação. Esta condição permite que os ovos sejam transportados a grandes distâncias, em recipientes secos, tornando-se assim o principal meio de dispersão do inseto (SILVA, 2001).

Como o **Aedes aegypti** é um inseto holometabólico, a fase larvária é o período de alimentação e crescimento. As larvas passam a maior parte do tempo alimentando-se principalmente de material orgânico acumulado nas paredes de fundo dos depósitos. As larvas possuem quatro estágios evolutivos. A duração da fase larvária depende da temperatura, disponibilidade de alimento e densidade das larvas no criadouro. Em condições ótimas, o período entre a eclosão e a pupação pode não exceder cinco dias. Contudo, em baixa temperatura e escassez de alimento, o 4º estágio larvário pode prolongar-se por várias semanas, antes de sua transformação em pupa (PRADO, et al, 2001).

As pupas não se alimentam, é nesta fase que ocorre a metamorfose do estágio larval para o adulto. Quando inativas se mantêm na superfície da água, flutuando, o qual facilita a emergência do inseto adulto. O estado pupal dura, geralmente de dois a três dias (PRADO, et al, 2001).

A pupa é dividida em cefalotórax e abdômen. A cabeça e o tórax são unidos, constituindo a porção chamada cefalotórax, o que dá à pupa, vista de lado, a aparência de uma vírgula. A pupa tem um par de tubos respiratórios ou “trompetas”, que atravessam a água e permitem a respiração (SILVA, 2001).

O adulto de **Aedes aegypti** representa a fase reprodutora do inseto. Como ocorre com grande parte dos insetos alados, o adulto representa importante fase de dispersão. Entretanto, com o **Aedes aegypti** é provável que haja mais transporte passivo de ovos e larvas em recipientes do que dispersão ativa pelo inseto adulto (SILVA, 2001).

O **Aedes aegypti** é escuro, com faixas brancas nas bases dos segmentos tarsais e um desenho em forma de lira no mesonoto. Nos espécimes mais velhos, o “desenho da lira” pode desaparecer, mas dois tufo de escamas branco-prateadas no clipeo, escamas claras nos tarsos e palpos permitem a identificação da espécie. O macho se distingue essencialmente da fêmea por possuir antenas plumosas e palpos mais longos (MORAES, 2008).

Logo após emergirem do estado pupal, o inseto adulto procura pousar sobre as paredes do recipiente, assim permanecendo durante várias horas, o que permite endurecimento do exoesqueleto, das asas e, no caso dos machos, a rotação da genitália em 180° (SILVA, 2001).

Dentro de 24 horas após emergirem, podem acasalar, o que vale para ambos os sexos. O acasalamento geralmente se dá durante o vôo, mas, ocasionalmente, pode se dar sobre uma superfície, vertical ou horizontal. Uma única inseminação é suficiente para fecundar todos os ovos que a fêmea venha a produzir durante sua vida (PRADO, et al, 2001).

As fêmeas se alimentam mais freqüentemente de sangue, servindo como fonte de repasto para a maior parte dos animais vertebrados, mas mostram marcada predileção pelo homem (antropofilia) (SILVA, 2001).

O repasto sangüíneo das fêmeas fornece proteínas para o desenvolvimento dos ovos. O macho alimenta-se de carboidratos extraídos dos vegetais. As fêmeas também se alimentam da seiva das plantas (SILVA, 2001).

Quando o **Aedes aegypti** está infectado pelo vírus do dengue ou febre amarela, pode haver transmissão transovariana destes, de maneira que, em variável percentual, as fêmeas filhas de um espécime portador nascem já infectadas (WASHINGTON, D.C, 2000).

A duração do ciclo de vida a partir da oviposição até a idade adulta é de aproximadamente 10 dias, em condições favoráveis, principalmente, de temperatura e com a alimentação da larva (SILVA, 2001).

3.CICLO EVOLUTIVO

3.1 OVOS

São depositados pelas fêmeas fora do meio líquido, próxima a superfície da água. A oviposição ocorre durante o dia, dado que a iluminação diurna promove papel importante no seu mecanismo regulador (PRADO, et al, 2001).

Após 2 á 3 dias, os ovos estarão prontos para eclodir quando o desenvolvimento embrionário estará completo, necessitando para tanto de condições de elevada umidade relativa, obtido próximo a linha d'água, e temperatura entre 26° a 46°C (SILVA, 2001).

A eclosão só se verifica após esse período. Se durante esse período os ovos secarem, ocorre enfraquecimento e morte dos embriões. Vários meses até mais de um ano. Resistem também a baixas temperaturas como -8°C (SILVA, 2001).

Esta capacidade do ovo resistir às condições climáticas adversas permite a disseminação de **Aedes aegypti** por amplas áreas geográficas sendo portanto o maior obstáculo para o seu controle (SILVA, 2001).

3.2. LARVAS

Alimentando-se de detritos orgânicos, bactérias, fungos e protozoários existentes na água, mas não toleram elevadas concentrações de matéria orgânica. Possuem características de não selecionarem alimentos, o que facilita a ação de larvicidas por via oral (PRADO, et al, 2001).

O desenvolvimento larval se completa em 5 a 10 dias, desde que ocorram condições favoráveis de temperatura (25° a 29°C), findos os quais se inicia a fase de pupa.

3.3. ADULTO

O adulto ao emergir da pupa fica em posição horizontal á superfície da água onde permanece em repouso por aproximadamente 15 minutos a após cerca de 1hora o mosquito estará pronto para voar (SILVA, 2001).

Machos e Fêmeas alimentam-se de néctar de fluídos açucarados de qualquer fonte, mas somente as fêmeas são hematófagas, uma vez que necessitam do sangue para o desenvolvimento de seus ovos, o qual se completa após 2 a 3 dias após o repasto sangüíneo (SILVA, 2001).

A oviposição ocorre de 3 a 4 dias, desde que a fêmea tenha ingerido sangue a cada 2 posturas sucessivas. O número de ovos depositados na sua primeira postura varia de 80 a 100, diminuindo nas posturas seguintes para 25 a 30 ovos (SILVA, 2001).

O número de oviposições é de 12 a 15, o que dará um total de 300 a 450 ovos para uma fêmea de vida longa. O estudo de longevidade em condições naturais á realizado, principalmente, através de determinações do número de ciclos gonotróficos. Com esses estudos verifica-se que raramente as fêmeas chegam a 30 dias de vida adulta, a autonomia de vôo dificilmente ultrapassa 100 metro (SILVA, 2001).

4. MORFOLOGIA DO *Aedes aegypti*

4.1. OVOS

São elípticos de cor variável de marrom a negro (figura 3), com desenhos formados por elementos alongados e fusiformes (SILVA, 2001).



Figura.3:Imagem Ovos *Aedes aegypti*.
Fonte: Fiocruz (2008).

4.2. LARVA

O tórax apresenta espinhos fortes, grandes e quitinizados, no meso e metatorax, o pécten do 8º segmento abdominal, é formado por uma fileira única com número variável de dentes, que tem forma de espinhos agudo central acompanhado de outros menores de ambos os lados (figura 4), (SILVA, 2001).

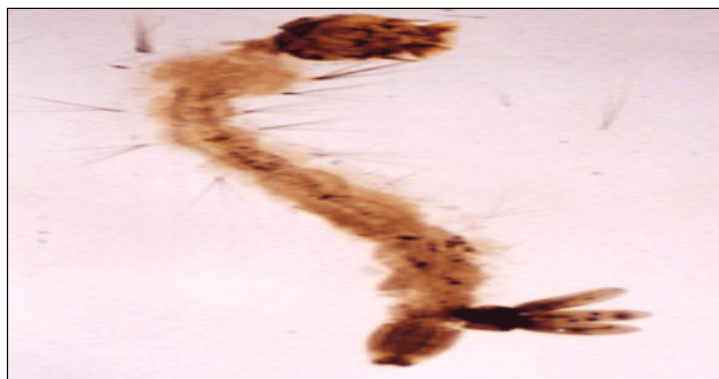


Figura 4: Imagem da Larva *Aedes aegypti*.
Fonte: Portal Saúde (2007).

4.3. PUPA

A cerda número 9 do oitavo segmento se encontra em forma de penacho com poucos pêlos; natatória com pêlos curtos em sua borda (figura 5),(SILVA, 2001).



Figura 5: Imagem Pupa *Aedes aegypti*.
Fonte: Portal Saúde (2008).

4.4. ADULTO

No tórax o mesonoto é recoberto de escamas escuras, com escamas prateados, disposta em linhas longitudinais formando o desenho classicamente comparado a uma linha “lira”. As pernas escuras com manchas claras nas articulações (figura 6) (SILVA, 2001).



Figura 6. Mosquito *Aedes aegypti*.
Fonte: Fiocruz (2008).

5. INOCULAÇÃO DO VÍRUS

O inseto é atraído por calor, transpiração, odor corporal e respiração, entre outras coisas. A fêmea espeta o probóscio, ou ferrão, na pele até atinja um vaso sangüíneo (PRADO, et al, 2001).

Em seguida injeta saliva, que contém uma proteína anticoagulante para evitar que o canal fique entupido, e começa a sugar o sangue. Se não for espantada durante a picada, uma fêmea do ***Aedes aegypti*** pode sugar cinco microlitros de sangue, que é a capacidade do seu abdome (SILVA, 2001).

Quando vai embora, o mosquito deixa um pouco de saliva na pele, que é o que provoca coceira e o pequeno inchaço ao redor da picada. Na saliva do mosquito é que está armazenado o vírus da dengue (SILVA, 2001).

A viremia persiste por 4-7 dias, com a replicação viral ocorrendo em macrófagos e linfócitos B e T. Os sintomas clássicos da dengue são

explicados pela ação de citocinas pró-inflamatórias liberadas em resposta à infecção aguda com infiltrado mononuclear, degeneração gordurosa e, algumas vezes, alterações mitocondriais, mionecrose e elevação enzimática. Pode ocorrer depressão medular com deficiência nas séries eritrocítica, megacariótica e mielocítica, com as correspondentes citopenias periféricas. Ocorre vasculite periférica e hepatite leve a moderada, por ação direta viral. Nos casos mais graves, a histopatologia hepática é semelhante à encontrada em casos de febre amarela (PRADO,et al,2001).

A figura 7 mostra uma célula de mosquito **Aedes aegypti**. Os vírus são os pequenos pontos pretos localizados dentro de vesículas, na parte inferior da imagem. A imagem, produzida em laboratório por microscopia eletrônica, exibe células do mosquito **Aedes aegypti** infectadas pelo vírus da dengue.

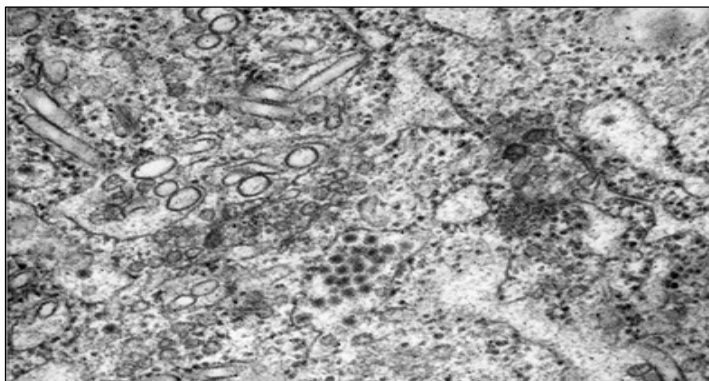


Figura.7: Célula Infectada.
Fonte: Fiocruz (2008).

6.TIPOS DE DENGUE

6.1. Dengue Clássica

Clinicamente, a dengue é uma doença aguda, com febre alta, calafrios, cefaléia e astenia importantes onde originou o nome dengue, com eritema fugaz. A manifestação clínica é dependente da idade, sendo menos pronunciada na infância, quando até 80% dos casos podem se assintomáticos (PRADO,et al,2001).

Podem ocorrer também sintoma de comprometimento das vias aéreas superiores, como dor de garganta, rinorréia aquosa e tosse seca (PRADO,et al,2001).

Nos adultos, o início é abrupto, com calafrios, cefaléia intensa e dor retro-orbitária, progredindo rapidamente para prostração com dor músculo-esquelética e abdominal intensa (conhecida como “febre quebra-ossos”) (MORAES, 2008).

Anorexia, náuseas e vômitos com alteração de paladar (queixa característica de gosto metálico na boca), são sintomas freqüentes. Entre três e cinco dias, no momento da defervescência, aparece exanterna máculo-papular (PRADO,et al,2001).

Fenômenos hemorrágicos localizados, como petéquias, hematomas e, eventualmente, sangramentos nasal ou da mucosa oral discretos podem ocorrer. Hepatite viral aguda, com elevação das aminotransferases em até dez vezes o valor normal, pode ser observada em aproximadamente 10% dos casos, meningite asséptica também pode ocorrer (PRADO,et al,2001).

A convalescença é prolongada, com persistência das queixas de fadiga, prostração e, ocasionalmente, depressão (PRADO,et al,2001).

6.2. DENGUE HEMORRÁGICA (FHD)

A forma mais grave da doença, a dengue hemorrágica, é decorrente de vasculite generalizada mediada por mecanismo auto-ímmunes dependentes da infecção por um segundo sorotipo em indivíduo que já apresentou a doença no passado(MORAES, 2008).

O mecanismo de lesão é conhecido como mecanismo de amplificação imune.resumidamente, na primo-infecção pelo vírus da dengue ocorre a infecção de macrófagos, com posterior apresentação dos antígenos virais aos linfócitos T para o estabelecimento de resposta imune (celular e humoral) específica (SILVA, 2001).

Na reinfecção, os linfócitos T ativam os macrófago pela liberação de IL-2 e gama-1FN, com aumento da expressão de receptores celulares para fração Fc e antígenos virais, facilitando o incremento da fagocitose de partículas virais circulantes (PRADO,et al,2001).

O mecanismo é potenciado pela presença de anticorpos não- neutralizantes, que agem facilitando a opsonização (SILVA, 2001).

A superinfecção dos macrófagos previamente ativados leva a exacerbação da produção de citocinas, entre as quais IL-6 e IL-8, gama-IFN e TFN-Alfa, mediando a vasculite sistêmica e o dano tecidual verificado nesta forma de doença (SILVA, 2001).

Ocorre também ativação do complemento e dos mecanismos de resposta inflamatória humoral por dano endotelial, a consequência é dano endotelial difuso,

com extravasamento de plasma, choque e hemorragias teciduais (PRADO,et al,2001).

Clinicamente, a dengue é uma doença aguda, com febre alta, calafrios, cefaléia e astenia (daí o nome de dengue), com eritema fugaz. A manifestação clínica é dependente da idade, sendo menos pronunciada na infância, quando até 80% dos casos podem ser assintomáticos.. Podem ocorrer também sintomas de comprometimento das vias aéreas superiores, como dor de garganta, rinorréia aquosa e tosse seca (PRADO,et al,2001).

Nos adultos, o início é abrupto, com calafrios, cefaléia intensa e dor retro-orbitária, progredindo rapidamente para prostração com dor músculo-esquelética e abdominal intensa (conhecida como “febre quebra-ossos”), (PRADO,et al.2001).

Anorexia, náuseas e vômitos com alteração de paladar (queixa característica de gosto metálico na boca) são sintomas freqüentes. Entre três e cinco dias, no momento da defervescência, aparece exantema maculo-papular que poupa as regiões palmo-plantares (PRADO,et al,2001).

Fenômenos hemorrágicos localizados, como petéquias, hamtomas e, eventualmente, sangramento nasal ou da mucosa oral discretos podem ocorrer. Hepatite viral aguda, com elevação das aminotransferases em até dez vezes o valor normal, pode ser observada em aproximadamente 10% dos casos. Meningite asséptica também pode ocorrer. A convalescença é prolongada, com persistência das queixas de fadiga, prostração e, ocasionalmente, depressão (MORAES, 2008).

A dengue hemorrágica (DFH) caracteriza-se pelo aparecimento de fenômenos hemorrágicos e de exudação tecidual com choque hipovolêmico que são as manifestações principais desta forma grave da doença (MORAES, 2008).

A DHF manifesta-se em diferentes graus de gravidades (nominados de DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4), nos quais se manifestações clínicas específicas variam de manifestações hemorrágicas cutâneas e mucosas localizadas (petéquias e hametomas discretos DEN-1) até sangramento gastrointestinal profuso, hemorragias em órgãos internos e manifestações de choque hipovolêmico com exudação tecidual (ascite, derrame pleural e outros), que caracterizam a DEN-4,(PRADO,et al,2001).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu um critério de classificação das formas de Febre Hemorrágica do Dengue em 4 categorias, de acordo com o grau de gravidade:

Grau 1: febre acompanhada de sintomas inespecíficos, em que a única manifestação hemorrágica é a prova do laço positiva

Grau 2: além das manifestações constantes do grau 1, somam-se hemorragias espontâneas leves (sangramento de pele, epistaxe, gengivorragia e outros).

Grau 3: colapso circulatório com pulso fraco e rápido, estreitamento da pressão arterial ou hipotensão, pele pegajosa e fria e inquietação.

Grau 4: choque profundo com ausência da pressão arterial e pressão de pulso imperceptível,(Silva, 2001).

Devido ao processo ser dinâmico, o paciente poderá ser classificado em um estágio e evoluir, posteriormente, para outro,(SILVA, 2001).

As manifestações clínicas da DHF grave são idênticas as da dengue clássica até o primeiro momento de ferverescência, por volta do sétimo dia de doença, quando podem notar sinais clínicos de hipoperfusão tecidual, como cianose central, desconforto intenso, respiração ofegante e pele e extremidades frias e pálidas.Existe plaquetopenia importante, que se faz acompanhar de manifestações hemorrágicas, como petéquias disseminadas e equimoses espontâneas acompanhadas de sangramento das superfícies mucosas, do trato gastrointestinal e dos sítios de punção venosa (PRADO,et al,2001).

Hepatoespleomegalia ocorre 75% dos casos; derrame pleural, em até 80% e, quando acompanhado de elevação do hematócrito e hipoalbuminemia, constitui evidência objetiva dos fenômenos exudativos e associa-se às formas mais graves da doença (PRADO, et al,2001).

A síndrome do desconforto respiratório do adulto, decorrente de exsudação e sangramento dos capilares alveolares, é complicação grave e potencialmente fatal. O choque complica-se com disfunção miocárdica e diminuição da fração de ejeção resultando em acidose metabólica e falência de múltiplos órgãos (PRADO, et al,2001).

Complicações adicionais são as manifestações encefálicas decorrentes de hemorragias parenquimatosas e hipertensão intracraniana, que podem provocar convulsões, coma e evoluindo para óbito (PRADO,et al,2001).

Na figura 8, mostra uma manifestação clínica específica hemorrágica cutânea e mucosa localizada por(petéquias e hematomas discretos DEN-2) .



Figura 8- Manifestação clínica hemorrágica cutânea, (petéquias e hematomas descritos por DEN-2).
Fonte: Fiocruz (2008).

7. DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

7.1. INESPECÍFICO

O hemograma apresenta varias alterações, o hematócrito pode estar elevado devido à hemoconcentração; porém, nas formas mais graves, pode observar-se anemia em decorrência das hemorragias (PRADO,et al,2001).

Como em outras viroses, ocorre leucopenia com neutropenia, eosinopenia e linfocitose. A trombocitopenia é ocmpliação freqüente, podendo atingir, nos casos de dengue hemorrágica, valores abaixo de $10.000/\text{mm}^3$ de sangue. A prova do laço é positiva, servindo como exame para diagnóstico diferencial entre dengue e outras infecções virais agudas, nas quais é menos freqüentemente positiva (PRADO,et al,2001).

Ocorre também aumento das enzimas hepáticas, principalmente das aminotransferases, atingindo valores até dez vezes superiores aos normais (PRADO,et al,2001).

7.2. ESPECÍFICO

A comprovação fundamenta-se na identificação do vírus da dengue por meio de diferentes métodos diretos ou indiretos, os principais são:

7.3. ISOLAMENTO DO VÍRUS

O sangue para o isolamento viral deve ser obtido nos primeiros quatro dias da doença, quando a viremia é alta, e transportado a -4°C (PRADO, et al, 2001).

O isolamento é feito pela inoculação do material em cérebros de camundongos recém-nascidos, em cultura de células (Vero, LLC-MK2, **Aedes pseudocutellaris**) ou inoculação intratorácica em mosquitos (PRADO, et al, 2001).

A identificação do sorotipo do vírus da dengue envolvido é importante, principalmente por razões de saúde pública (PRADO, et al, 2001).

7.4. TESTE SOROLÓGICOS

A demonstração da infecção aguda requer amostras pareadas com três semanas de intervalo, para observar-se a ascensão nos títulos dos anticorpos específicos (PRADO, et al, 2001).

Os testes classicamente utilizados são as reações de neutralização, de inibição e hemaglutinação e de fixação do complemento. Os anticorpos aparecem na segunda semana de infecção e atingem seu valor máximo em um a dois meses (PRADO, et al, 2001).

Recentemente, desenvolveu-se teste imunoenzimático (ELISA), que apresenta vantagens significativas, como facilidade e rapidez na execução, procedimento automático e resultado em horas, além de alta especificidade para a infecção aguda, uma vez que detecta anticorpos da fase IgM, atualmente, é o método de escolha para o diagnóstico da dengue, na maioria dos casos (PRADO, et al, 2001).

Outra técnica de desenvolvimento recente, disponível em nosso meio apenas em laboratórios especializados, é a reação de polimerase em cadeia (PCR), que permite não apenas o diagnóstico da dengue como também do sorotipo envolvido, entre as manifestações hemorrágica, a mais comumente encontrada é a **prova do laço positiva** (PRADO, et al, 2001).

7.5. TÉCNICA DA PROVA DO LAÇO

- Medir a pressão arterial do usuário, seguindo as recomendações técnicas
- Voltar a insuflar o manguito até o ponto médio entre a pressão máxima e a mínima (Ex: PA de 120 por 80, insuflar até 100). O aperto do manguito não pode fazer desaparecer o pulso.

- Aguardar por cinco minutos com manguito insuflado
- Orientar o usuário sobre o pequeno desconforto sobre o braço
- Após cinco minutos, soltar o ar do manguito e retirá-lo do braço do paciente.
- Procurar por petéquias na área onde esta o manguito e abaixo da prega do cotovelo.
- Escolher o local de maior concentração e marcar um círculo (a caneta), com diâmetro de 1.78cm, isto é, um pouco menor que uma moeda de um centavo.
- Contar nessa área o número de petéquias.
- Se contar 20 ou mais petéquias, considere a Prova do Laço Positiva

Mede a fragilidade dos vasos capilares e seu resultado pode refletir a queda no número de plaquetas. O médico mede a pressão do paciente e, depois, mantém o aparelho inflado na pressão média durante cinco minutos,(TUBOI,et al,2002).

O teste dá positivo quando, após transcorrido esse tempo, aparecem mais de 20 pontos de sangramento na pele em um quadrado de 2,5 centímetros de lado desenhado no antebraço do paciente. Contudo, esse resultado não é decisivo para o diagnóstico de dengue, uma vez que outras doenças levam a resultados semelhantes, (TUBOI,et al,2002).

Na figura 9, mostra o procedimento do exame da técnica da prova de laço e a manifestação clínica específica.



Figura 9: Procedimento da técnica da prova de laço.
Fonte: Fiocruz (2008).

7.6. TRATAMENTO

Tratamento é sintomático e de suporte geral. Os salicilato devem ser evitados, pelo risco de hemorragias gastrintestinais, para o controle de hipertemia e cefaléia pode-se usar dipirona (PRADO,et al,2001).

A metoclorpramida deve ser usada via parenteral ou na forma de supositórios nos casos de vômitos incoercíveis. Nos casos graves deve-se manter suprimento adequado de oxigênio e também monitorar cuidadosamente as condições hemodinâmica, de hidratação, diurese equilíbrio hidroeletrólítico e os galhos arteriais (PRADO,et al,2001).

A monitoração das condições clinica devem ser rigorosas, e nos casos de dengue hemorrágica, a determinação do hematocrito várias vezes ao dia é recomendada (PRADO,et al,2001).

Elevação de homatocrito eleva em mais de 20% são indicativos de reposição parenteral precoce, para evitar o agravamento do choque. Não há demonstração de eficácia de corticosteróides em estudos clínicos controlados. Reposição de sangue total, plaquetas e plasma fresco congelado podem ser necessários nos casos mais graves. A heparina deve ser evitada, exceto nos casos com demonstração inequívoca de coagulação intravascular disseminada (PRADO, et al, 2001).

O tratamento de infecções bacterianas secundárias deve ser considerado sempre que diagnosticadas, principalmente o das infecções pulmonares (broncopneumonias) bastantes freqüentes e, as vezes, de diagnóstico difícil (PRADO,et al,2001).

Não há tratamento para o vírus da dengue. Com o tratamento de suporte intensivo durante o período crítico da doença ocorre recuperação espontânea da falência vascular e circulatório em 2 á 3 dias, com recuperação completa e sem seqüelas, a duração da fase hemorrágica da doença atinge 7 á 10 dias e a letalidade depende fundamentalmente da capacidade de suporte intensivo e da experiência da unidade de tratamento. Pode chegar a 50% nos locais com condições de atendimento precário, porém é de apenas 1% nos centros mais desenvolvidos (PRADO,et al,2001).

8. METODOLOGIA

Para realização deste estudo foi feito um levantamento bibliográfico para buscar embasamento teórico sobre o assunto, em livros, periódicos, manuais e internet, registro fotográficos, utilização de mapas e informação coletadas na Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e do Escritório Regional de Saúde de Juína.

Esta pesquisa foi realizada de agosto a novembro de 2009, com dados referentes aos anos de 2008 a outubro de 2009, sendo iniciada pelo levantamento do número de casos da dengue, junto Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde e do Escritório Regional de Saúde de Juína.

A planta utilizada dos três bairros com maior incidência de Dengue dos referentes anos estudos foi fornecidos pela Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano de Juína.

9. RESULTADO E DISCUSSÃO

A área de estudo deste trabalho pertence ao Município de Juína, localiza-se a noroeste do estado a 748 quilômetros da capital, Cuiabá, (SEPLAN/PJU,2008).

Foi criado a partir de um projeto implantado pela Companhia de Desenvolvimento de Mato Grosso, CODEMAT, no ano de 1976, com objetivo de expansão de fronteiras agrícolas e ocupação de áreas até então pertencentes a povos indígenas naturais da região (SEPLAN/PJU,2008).

A sede do município situa-se nas coordenadas aproximadas de latitude 11°22'42" sul e a uma longitude 58°44'28" oeste, estando a uma altitude de 442 metros,(SEPLAN/PJU,2008).

Possui uma extensão territorial é de 26.528,7 km² dos quais 60% pertencem a reserva indígena, e a área remanescente foram cortadas em lotes e vendidos á população vinda das diferentes partes do país, principalmente dos estados do Sul do Brasil. Os lotes foram ditribuidos de acordo com a fertilidade das terras, sendo que os lotes mais proximos ao núcleo foram distribuidos aos pequenos agricultores e os loteas maiores e terras menos produtivas para desenvolvimento da pecuária industrial (SEPLAN/PJU,2008).

A emancipação política de Juína aconteceu no dia 9 de maio de 1982, sendo eleito o seu primeiro prefeito o professor Orlando Pereira. A população atual é de aproximadamente 39.078 habitantes distribuidos na zona rural e urbana. Seu clima é tropical com duas estações bem definidas período das chuvas e período da seca (SEPLAN/PJU,2008).

A cidade de Juína foi dividida em seis módulos, três bairros e um setor políticos-administrativos: módulo 01, módulo 02, módulo 03, modulo 04, modulo 05, módulo 06 “cidade alta”, bairro São José Operário, bairro Padre Duilio, bairro Palmeira e setor Industrial (SEPLAN/PJU,2008).

Em visita a Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretária Municipal de Saúde de Juína, o coordenador da Epidemiologia e Vigilância em Saúde Srº Paulo José Santana, em Juína o **Aedes aegypti**,foi descrito pela primeira vez em 1998, e os primeiros focos foram detectados em criadouros em residência na área urbana do município,desde então as ações de controle do mosquito foram sistematizadas pelas então Seção de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde.

Os agentes de saúde são distribuídos por bairros, para fazer as visitas domiciliares, procurando algum foco do mosquito da dengue. Esse processo de divisão ocorre em forma de ciclos, onde que no decorrer do ano fazem 6 ciclos com tempo de um para o outro de 60 dias.

Quando encontrado algum foco do mosquito, o agente faz a coleta encaminhando o material para a Seção de Vigilância Epidemiológica, fazem estudos da amostra analisando se realmente é uma larva do vetor.

Durante o ciclo do ano de 2008 e Outubro de 2009, os bairros que mostrou maior incidência de focos do vetor foram o bairro São José Operário, modulo -03 e modulo-04.

Na planta urbana do município localizada geograficamente no anexo-1 pode identificar os três bairros urbano que notificou maior incidência do foco do vetor **Aedes aegypti**, durante os ciclos dos anos de 2008 e Outubro de 2009, fornecidos pelo órgão municipal (SEPLAN/PJU,2008).

Os meses que ocorrem maiores casos de focos encontrados no município são os meses de Março, Abril e Maio, conhecido como período chuvoso, favorece a maior incidência de casos de dengue.

Nas tabelas seguintes podemos observar o aumento da distribuição de incidência casos de dengue em 2008 e 2009 referente aos meses do ano.

Tabela 1: Incidência de Casos em 2008.

meses	incidência de casos em 2008
Janeiro	15
Fevereiro	20
Março	25
Abril	33
Maio	32
Junho	17
Julho	10
Agosto	7
Setembro	4
Outubro	0
Novembro	10
Dezembro	8
total	181

Org: MENDONÇA, G.P, (2009).

Tabela 2: Incidência de Casos em 2009.

meses	incidencia de casos em 2009
Janeiro	29
Fevereiro	68
Março	106
Abril	136
Maio	95
Junho	66
Julho	21
Agosto	15
Setembro	10
Outubro	18
total	564

Org: MENDONÇA, G.P, (2009).

A partir dos dados fornecidos pela Vigilância Epidemiológica o número do histórico de casos de Dengue no ano de 2008, foram:

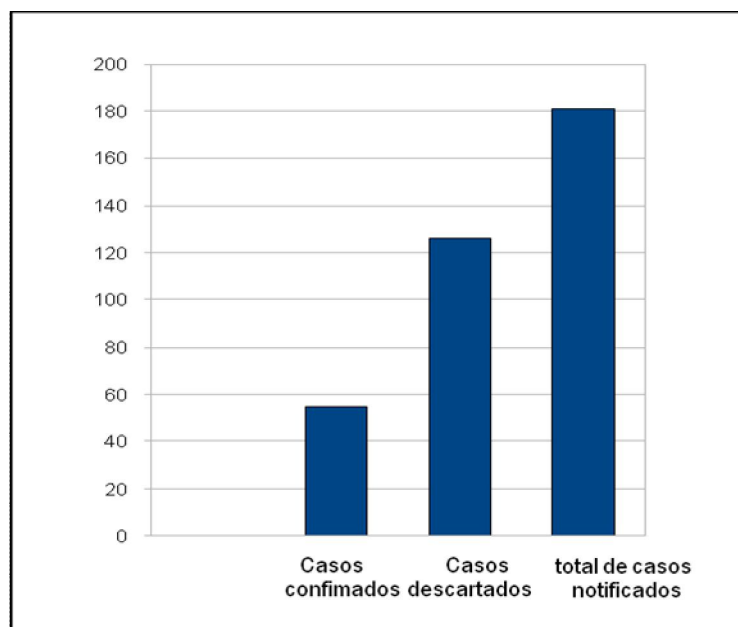
- Total de notificação 181
- Casos confirmados 55
- Casos descartados 126

Já de Janeiro a Outubro de 2009, o numero do histórico de casos de Dengue foi bem maior seguido em:

- Total de notificação 564
- Casos confirmados 254
- Casos com complicação 4
- Casos descartados 273

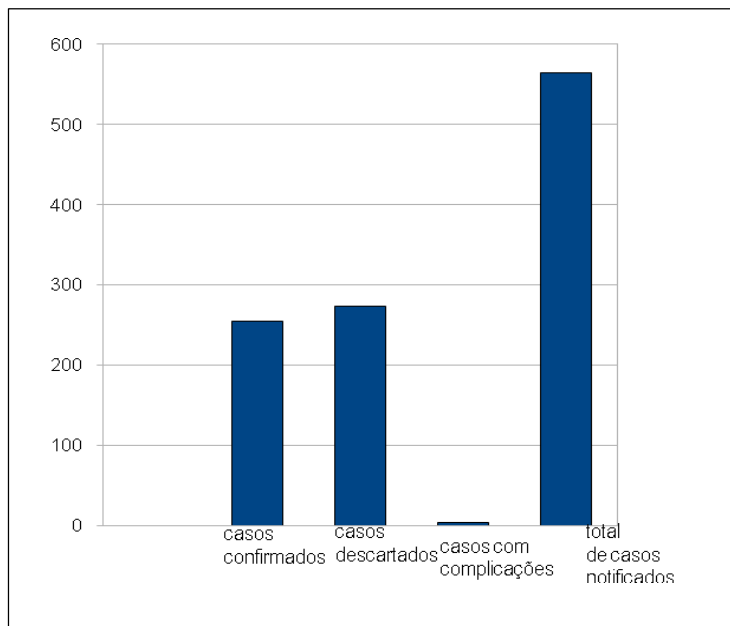
Nos gráficos 1 e 2 demonstram o aumento da distribuição dos históricos de casos de dengue e observa-se uma variação significativa no período compreendido entre 2008 e 2009, sendo que no ano de 2008 a incidência de casos confirmados de 55, casos descartados de 126 com um total de notificados de 181, em 2009 incidência aumentou, sendo casos confirmados 254, casos com complicações 4, casos descartados 273, com um total de notificados de 564.

Gráfico 1: Histórico de Casos de Dengue 2008.



Org:MENDONÇA,G.P (2009).

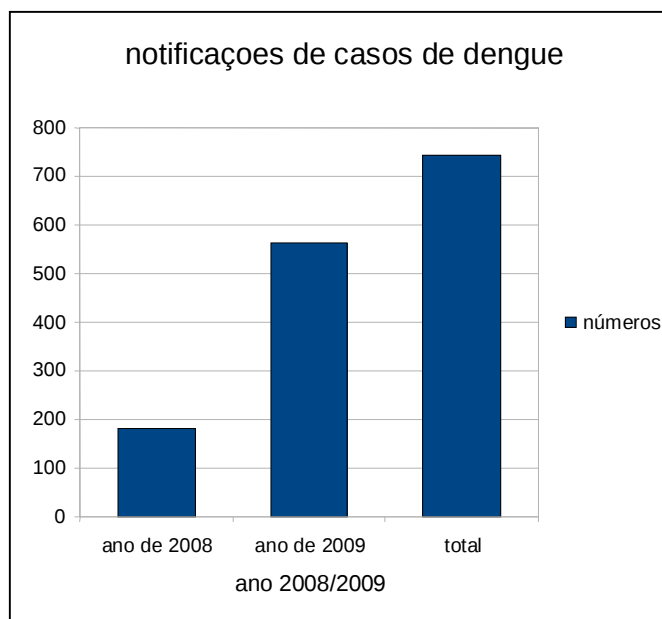
Gráfico 2: Histórico de Casos de Dengue 2009.



Org: MENDONÇA, G.P (2009).

Ao observar o gráfico 3, que no ano de 2008 o número da incidência de notificação foram 181, no ano de 2009 essa incidência aumentou com o número de 564, comparando o percentual de um ano para o outro o número de incidência total de notificações foi de 745. Observa-se que houve um acréscimo de 51.44% no período de 2008 a 2009.

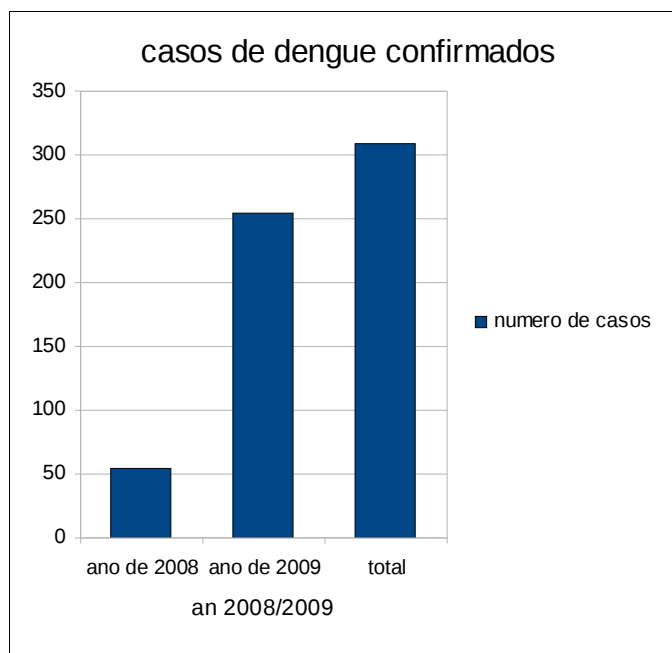
Gráfico 3: NúmeroTotal de Notificações de Casos de Dengue.



Org: MENDONÇA, G.P, (2009).

No gráfico 4 mostra que o número total de casos confirmados de dengue, analisando a índice de casos do ano 2008 e 2009 e demonstrando o percentual analisado, em 2008 foi 55, já em 2009 a incidência teve uma aumento de 254 caso. Sendo assim é possível observar que houve um acréscimo de 64.41% no período de 2008 a 2009.

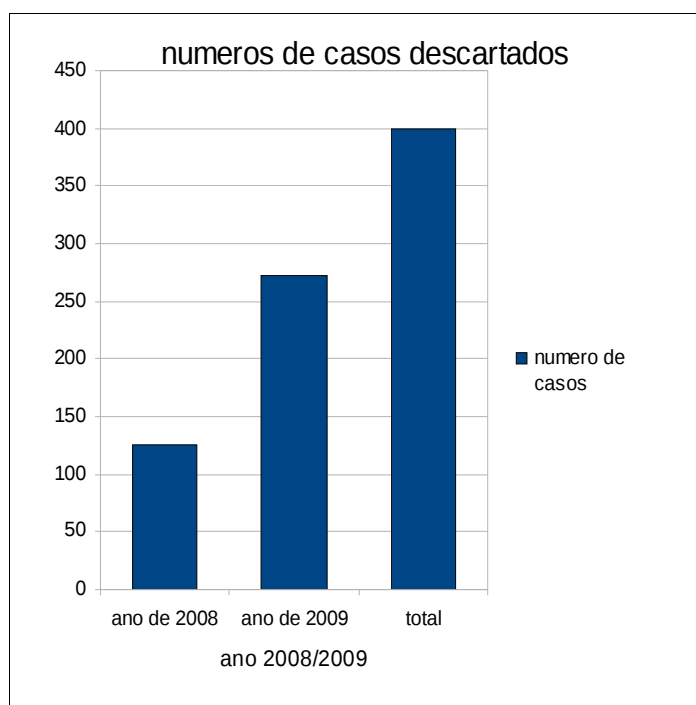
Gráfico 4: Número Total de Casos Confirmados.



Org: MENDONÇA, G.P (2009).

Ao observar o gráfico 5 podemos verificar que o número total de casos descartados de dengue, analisando o índice de casos do ano 2008 e 2009 e demonstrando o percentual analisado, em 2008 foi 126, já em 2009 a incidência teve um aumento de 273 casos. Sendo assim é possível observar que houve um decréscimo de 68,42% em relação ao total de 31.57, no período de 2008 a 2009.

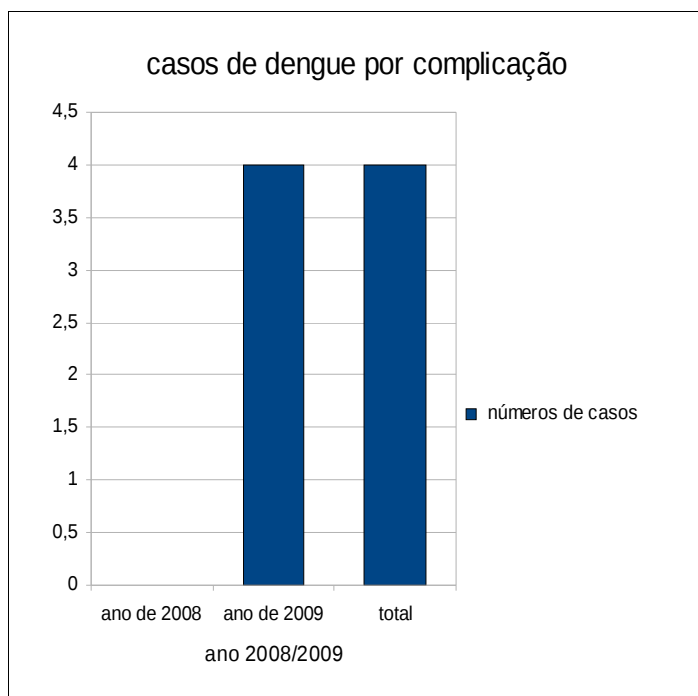
Gráfico 5: Número de Casos Descartados.



Org: MENDONÇA, G.P, (2009).

Analisando o gráfico 6 nota-se o numero total de casos de dengue com complicações, verificando o índice de casos do ano 2008 e 2009 analisado, em 2008 foi de 0%, cada caso é o dobro de zero ou seja cada caso é 100% então ocorreu um acréscimo de 400% no ano de 2009 .

Gráfico 6: Número de Casos de Dengue com Complicações



Org: MENDONÇA, G.P, (2009).

Em visita ao Escritório Regional de Saúde de Juína, o gerente Srº Humberto Nogueira de Moraes descreveu a importância do funcionamento do Escritório Regional de Saúde para toda a região.

Em relato explicou qual o procedimento para o isolamento viral, que é coletado a amostra nos laboratórios existentes no município e em caminhado para o escritório, o isolamento viral é o método mais específico para determinação do arbovírus responsável pela infecção. A coleta de amostra é feita em condições de assepsia o mais precocemente possível, no máximo, até o quinto dia do início dos sintomas. O objetivo de monitorar o sorotipo circulante detecta os antígenos virais pela a imunoistoquímica de tecidos.

O escritório foi instalado no município em 1989, é responsável pelo atendimento de sete municípios descritos a baixo:

Brasnorte, Juína, Castanheira, Juruena, Aripuanã, Colniza e Cotriguaçu.

A sorologia é enviada para Cuiabá dentro de um botijão de nitrogênio, que é encaminhado para o laboratório MT de Cuiabá e o mesmo envia o soro para o

LACEN, laboratório Central de Goiás, o resultado da sorologia demora entre 30 a 90 dias, é enviado resultado por forma de notificação e diagnosticando o tipo de sorotipo encontrado no soro infectado.

No mês de Março de 2009, foi descoberto através de uma amostra de sorologia, o sorotipo DEN-2, no município de Juína, em entrevista relatou que o Escritório Regional de Saúde de Juína, prepara seminários e palestras para o público da saúde, de formas de conscientização, e ensina o comportamento clínico do doente ocorrido através do vetor.

Por meio dos dados levantados podemos perceber que a perturbação dos ecossistemas e sua destruição interrompem ciclos biológicos e modificam as relações entre espécies e meio, Produzindo efeitos negativos de várias dimensões nos ambientes e nos seres vivos, a uma interdependência muito forte entre os elementos formadores da natureza, e por isso, qualquer alteração em um deles traz consequências para os demais.

Com o aumento do desmatamento sem critérios, o município tem dizimado grandes áreas de florestas, levando centenas de espécies à extinção provocando profundas alterações ambientais.

O motivo do aumento significativo de casos de dengue no período de 2008 a outubro de 2009 tudo aponta para alteração radical do ambiente, que aumenta a possibilidade de ocorrência e de expansão da doença, e também pelos aspectos culturais da população. Portanto isso uma questão de sensibilidade das pessoas, que precisam se engajar nesta difícil tarefa de controlar o agente transmissor da Dengue.

10. CONCLUSÃO

Com relação à Dengue em nosso país, que é endêmico, as medidas de vigilância não tem sido eficazes, tanto é que, espera-se a cada verão novos surtos tanto da Dengue Clássica como da Febre Hemorrágica da Dengue, tornando a doença cada vez mais freqüente e com magnitude cada vez maior, sem que a vigilância epidemiológica dê o sinal de alerta com a devida antecedência, para que medidas sejam adotadas, como prevenção de epidemias. A estratégia ideal seria uma vigilância ativa e direcionada, em que o monitoramento seja contínuo e dinâmico, de modo que ainda na época de baixa transmissão, ou seja, fase interepidêmica, os surtos possam ser rapidamente controlados. Seria interessante também o auxílio de uma eficiente rede de laboratórios que sejam capazes de realizar provas sorológicas e virológicas de diagnóstico rápido para ajudar na implantação imediata de ações que conduzam ao controle epidemiológico.

A Dengue é uma doença que hoje é considerada endêmica no município de Juína, apesar de fazer parte do grupo de doenças de notificação compulsória diária, nem todos os casos notificados são comprovados laboratorialmente. Existem também casos que não são diagnosticados como sendo da Dengue, devido ao fato dos sintomas muitas vezes ser confundidos com os de outras viroses. Este trabalho mostra que apesar dos esforços realizados, a incidência da Dengue aumentou de forma alarmante no período estudado, como também o número de criadouros. Estes dados demonstram ainda que é necessário um novo enfoque, mudanças nas políticas com relação à saúde e adoção de novas estratégias, afim de que os recursos disponíveis sejam melhor direcionados objetivando uma otimização dos resultados pretendidos. É necessário ainda que haja uma maior participação da comunidade, visto que o crescimento do número de criadouros nos domicílios é de responsabilidade exclusiva desta. É importante ainda que a população se sinta sensibilizada para a grave situação, já que não se pode alegar falta de conscientização, pois os meios de comunicação dão ampla divulgação sobre os cuidados necessários para eliminação dos criadouros do mosquito. O controle da Dengue é necessário atentar para aspectos culturais da população. É uma questão de sensibilidade das pessoas, que precisam se engajar nesta difícil tarefa de controlar o agente transmissor da Dengue.

11. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCRITÓRIO, Regional De Saúde De Juína, 2009.

MORAES, Paulo Roberto 2008, As áreas tropicais úmidas e as Febres hemorrágicas virais : uma abordagem geográfica, São Paulo:Humanistas.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. Atenção Primária Ambiental Washington,D.C,2000.

PRADO, F.C; RAMOS, J. A; VALE, J. R. **Atualização terapêutica 2001-** Manual prático de diagnóstico e tratamento. 20º, ed, Artes Médicas, 2001.p264-268.

SEPLAN/PJU,**Secretaria Municipal de Planejamento e Desenvolvimento Urbano de Juína**,2009.

SILVA, E. A; et AL .Dengue Instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3. Ed , ver . Brasília : Ministério da Saúde: **Fundação Nacional da Saúde**, 2001.

SUPERINTENDÊNCIA DE CONTROLE DE ENDEMIAS. **Manual da Vigilância Entomológica de Aedes aegypti**. São Paulo, 2000.

TUBOI,S.H; et al. Dengue Diagnóstico e Manejo Clínico.Brasília: **Fundação Nacional da Saúde**, 2002.

VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, **Secretaria Municipal de Saúde de Juína**,2009.

MARTINS, L **Dengue: Epidemia Mostra Violência Inesperada, São Paulo, 2008.**

Disponível em: <www.portal.saude.gov.br > Acesso em 20.SET.2009.

SOUZA, J.W.M **Dengue,São Paulo 2008**. Disponível www.fiocruz.com.br/media/ovo Acesso em 15 Out.2009.

SOUZA, J.W.M **Dengue,São Paulo 2008**. Disponível www.fiocruz.com.br/media/larva Acesso em 15 Out.2009.

SOUZA, J.W.M **Dengue,São Paulo 2008**. Disponível www.fiocruz.com.br/media/pupa Acesso em 15 Out.2009.

SOUZA, J.W.M **Dengue,São Paulo 2008**. Disponível www.fiocruz.com.br/media/aedesaegypti Acesso em 15 Out.2009.

