



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E NATURAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TATIANA AMARAL NUNES

**COMPORTAMENTO INTERPESSOAL DE AGENTES DE SAÚDE NA PRÁTICA  
CULTURAL “PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE  
DA DENGUE/GV- MG”**

VITÓRIA  
JULHO DE 2010

TATIANA AMARAL NUNES

**COMPORTAMENTO INTERPESSOAL DE AGENTES DE SAÚDE NA PRÁTICA  
CULTURAL “PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE  
DA DENGUE/GV- MG”**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia, sob orientação do Professor Dr. Elizeu Batista Borloti.

VITÓRIA

JULHO DE 2010

**COMPORTAMENTO INTERPESSOAL DE AGENTES DE SAÚDE NA PRÁTICA  
CULTURAL DO PROGRAMA MUNICIPAL DE CONTROLE  
AO DENGUE/GV-MG**

TATIANA AMARAL NUNES

---

Dissertação submetida ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFES, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em Psicologia, sob orientação do Professor Dr. Elizeu Batista Borloti.

Aprovada em 27 de agosto de 2010, por:

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Elizeu Batista Borloti – Orientador, UFES

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup>. Paulo Rogério Meira Menandro – UFES

---

Prof<sup>o</sup>. Dr<sup>o</sup> João Cláudio Todorov – IESB

*É apenas nas misteriosas  
equações do amor que alguma lógica  
ou razão podem ser encontradas.*

John Nash – 1994

Para Filipe.

*Meu revisor preferido,  
meu amigo de todos os momentos,  
Meu grande companheiro, meu eterno  
namorado, esposo e amor da minha vida.*

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por toda fidelidade e capacidade concedida durante esta formação, me proporcionando habilidade e prazer pelo comportamento científico, realizando em minha vida *“muito mais do que eu pedi ou sonhei”*. Por me presentear com uma família e amigos super especiais sem os quais a minha vida jamais teria sentido!

Ao meu esposo Filipe, a quem dedico este trabalho, pelo apoio incondicional, tornando possível à realização deste sonho. Aos meus pais Luiz e Éster e meus sogros Dalila e Luiz pela preocupação, atenção e cuidado amoroso constante. Aos meus irmãos Ozias e André, minhas cunhadas Luana, Nadyne e Roberta pelo incentivo e admiração. Ao meu único e lindo sobrinho Luiz Gustavo, por encantar e tornar mais alegre os meus dias. Aos avós, tios, tias, primos e primas que sempre torceram por mim!

As amigas Vane, Maria José, Jordana, Keila, Dora e Luciana pelo companheirismo! Apesar de não serem “Deus”, vocês foram o “socorro bem presente na hora da angústia” acadêmica! É muito bom ter amigas como vocês!

Ao meu orientador Prof. Dr. Elizeu Batista Borloti pelos ensinamentos, pela paciência e principalmente pela confiança durante a realização deste trabalho.

Aos professores doutores Paulo Menandro (UFES), Nágela Valadão (UFES) e João Cláudio Todorov (IESB) pela participação e sugestões dadas a este trabalho, contribuindo desta forma para o aprimoramento do mesmo.

Ao meu querido mestre, amigo e padrinho João Carlos Muniz Martinelli, por fazer parte desta história, por me ensinar a amar de forma tão especial a ciência e a pesquisa.

Aos meus professores de graduação, responsáveis por plantar em meu coração uma sementinha chamada Psicologia, a qual tem crescido e frutificado. Portanto, aos mestres com muito carinho: Adelice, Adilson, Eva Maria, Iolanda, Marco Antônio, Valéria e Walter.

Aos professores e funcionários do PPGP/UFES pelo carinho e dedicação à minha formação. Aos colegas da UFES (mestrado e doutorado), em especial os da turma de 2008 pela alegria e apoio durante esta caminhada.

A Univale e aos meus primeiros alunos, em especial, Kamila, Sabrina, Natália e Franciano, por me proporcionar minhas primeiras experiências docentes.

A toda equipe da Gerência Municipal de Controle de Zoonoses de Governador Valadares / MG, em especial o Sr. José Batista, Sr. Hélio Evangelista, Sr. Ivan, Agentes de Saúde e Supervisores de Turma, que gentilmente autorizaram a realização desta pesquisa contribuindo de forma impar com este trabalho.

Ao Sr. Fernando Bandeira, por me apresentar o dengue e me proporcionar os primeiros conhecimentos a cerca deste fenômeno.

Em fim, a todos que alegremente celebram comigo essa grande conquista!

## RESUMO

Nunes, Tatiana Amaral. Comportamento interpessoal de agentes de saúde na prática cultural do Programa Municipal de Controle ao Dengue/GV-MG. Orientador: Elizeu Batista Borloti, 2010.

Palavras-chaves: Dengue. Agentes de Saúde. Habilidades Sociais. Prática Cultural. Metacontingência. Macrocontingência.

O presente trabalho teve como objetivo descrever comportamentos profissionais e habilidades sociais dos agentes de saúde em cenas da prática cultural do Programa Municipal de Combate ao Dengue do município de Governador Valadares/MG (PMCD/GV). O método utilizado foi de pesquisa descritiva, documental, com abordagem quantitativa e qualitativa. Três fontes de dados foram examinadas: (1) documentos gerados pela ação do PMCD/GV; (2) respostas de 112 agentes de saúde aos instrumentos Questionário Profissional (QP) e Inventário de Habilidades Sociais (IHS); (3) observação do comportamento profissional de 20 agentes de saúde em campo. A primeira fonte de dados possibilitou descrever os aspectos históricos e comportamentais da prática cultural de controle ao dengue em GV durante os anos de 2000 a 2009. Embora várias estratégias tenham sido estabelecidas para o controle, prevenção e tentativa de erradicação do vetor *Aedes aegypti* na cidade, verificou-se, ao longo do período investigado, significativa variabilidade nos índices de infestação do mosquito e, conseqüentemente, a ocorrência de três epidemias da doença. Logo, observou-se que as metacontingências estabelecidas na prática cultural denominada PMCD/GV não alteraram o produto agregado gerado pela macrocontingência. Já a segunda fonte de dados permitiu avaliar o repertório de habilidades sociais, pessoal e profissional dos agentes de saúde. Os resultados levantados mostraram que a maioria dos participantes é do sexo masculino, jovens, possuem nível de instrução escolar médio, são inseridos no PMCD por indicação política e possuem níveis de habilidades sociais com resultados dentro da média e acima da média. Por fim, a terceira fonte de dados registrou a freqüência dos indicadores de habilidades técnicas e sociais no repertório profissional dos agentes de saúde emitidos durante a visita de inspeção residencial. Observou-se que os participantes emitem com maior freqüência comportamentos que demandam competências técnicas, como por exemplo, a verificação da existência de criadouros do *Aedes aegypti*, do que competências sociais, como por exemplo, a realização de uma instrução educativa ao residente. Conclui-se que, para que haja uma funcionalidade nos trabalhos dos agentes de saúde atuantes no controle do dengue e um melhor resultado da prática cultural da PMCD/GV, faz-se necessário o estabelecimento de modificações nas políticas de Saúde Coletiva, com um planejamento antecipado baseado nas práticas anteriores que deram certo e errado para que a partir delas possa ser feito um



mapeamento do que será efetivo ou não no futuro. Enfatiza-se a importância da educação em saúde ser mais operacionalizada nos termos da Análise do Comportamento, especificamente no como se pode fazer a modificação do comportamento de uma coletividade, pois ela – a educação em saúde – é um dos objetivos de qualquer metacontingência que define uma política pública em Saúde Coletiva. Isto implicará numa alteração em dois momentos da prática cultural aqui focalizada – o PMCD/GV-MG. O primeiro momento é o da capacitação deste profissional para um trabalho eficaz de educação em saúde, quando se arranjará contingências para a aquisição de competências interpessoais (necessárias a sua interação com a população residente) e de modificação do comportamento (que deverão ser parte essencial da necessária “competência técnica” enfatizada pela política atual). O segundo momento é o produto do primeiro: a interação eficaz do agente de saúde com os residentes na comunidade.

## ABSTRACT

Nunes, Tatiana Amaral. Interpersonal behavior of health workers in the cultural practice of the Municipal Program for Dengue Control / GV-MG. Supervisor: Elizeu Batista Borloti, 2010.

Key Words: Dengue. Health Workers. Cultural Practice. Social Skills. Macrocontingency. Metacontingency.

The present study aimed to describe professional behaviors and social skills of health workers in scenes of the cultural practice Municipal Program to Fight Dengue in the city of Governador Valadares / MG (PMCD / GV). The method used was descriptive, documental, with quantitative and qualitative approach. Three data sources were examined: (1) documents generated by the action of PMCD / GV, (2) responses of 112 health workers to instruments Professional Questionnaire (QP) and Social Skills Inventory (IHS), (3) observation of twenty health workers' professional behaviors at work. The first source of data allowed to describe the historical and behavioral aspects of cultural practice to control dengue in GV during the years 2000 to 2009. Although several strategies have been established for the control, prevention and attempted eradication of the vector *Aedes aegypti* in the city, there was, throughout the period investigated, significant variability in rates of mosquito infestation and, consequently, the occurrence of three epidemic episodes of the disease in the city. Soon, it was observed that the cultural practice established in the metacontingency called PMCD / GV did not affect the aggregate output generated by macrocontingency. The second source of data allowed to evaluate the health workers' repertoire of social, personal and professional skills. The results showed that the majority of the participants are male, young, have medium level of schooling, are included in PMCD by political designation and have levels of social skills with results within the average and above average. Finally, the third source of data recorded the frequency of the indicators of technical and social skills in the health workers' repertoire emitted during the inspection visit at resident's home. It was observed that participants more frequently emit behaviors that require technical skills, such as the finding of breeding of *Aedes aegypti*, than social skills, such as making an intervention on resident education. It was concluded that, to get a functionality in the work of health workers working in the control of dengue and a best result of the PMCD / GV cultural practice, it is necessary to establish changes in the policies of Collective Health, with an advanced planning based on past practices that have had been operative or not so that from them might be made a mapping what action can be effective or not in their actions in the future. It is emphasized the importance of health education to be more operationalized in terms of Behavior Analysis, specifically in how behavior can be modified in a collectivity, because it – health education – is one of the goals of any metacontingency defining public

policy in Collective Health. This will require a change in two moments of cultural practice here focused - the PMCD / GV-MG. The first one is the training of those professionals to work effectively in health education, when the government will arrange contingencies for the acquisition of interpersonal skills (required for their interaction with the resident population) and behavior modification skills (what should be an essential part of required "technical expertise" emphasized by the current policy). The second moment is the product of the first: efficient interaction of the health worker with the residents in the community.

# SUMÁRIO

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	<b>6</b>
<b>RESUMO</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>10</b>
<b>SUMÁRIO</b> .....	<b>12</b>
<b>LISTA DE ANEXOS</b> .....	<b>14</b>
<b>LISTA DE APÊNDICES</b> .....	<b>15</b>
<b>LISTA DE FIGURAS</b> .....	<b>16</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS</b> .....	<b>17</b>
<b>LISTA DE TABELAS</b> .....	<b>18</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>20</b>
<b>CAPÍTULO 1- Dengue e Fatores Predisponentes à sua Reemergência.</b> .....	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 2 - Dengue e a Atuação dos Agentes de Saúde nos Programas de Saúde Coletiva: atribuições e habilidades.</b> .....	<b>32</b>
<b>CAPÍTULO 3 – Análise do Aspecto Comportamental do Fenômeno Dengue.</b> .....	<b>47</b>
<b>CAPÍTULO 4 - MÉTODO</b> .....	<b>61</b>
4.1. Fontes de dados .....	61
4.2. Instrumentos .....	62
4.3. Procedimentos de Coleta de Dados .....	63
4.4. Proposta de Tratamento e Análise dos Dados .....	65
<b>CAPÍTULO 5. RESULTADOS e DISCUSSÃO</b> .....	<b>67</b>
5.1. Aspectos Históricos da Prática Cultural do Programa Municipal de Controle da Dengue de Governador Valadares.....	67

5.2. Dados obtidos com o Instrumento Questionário Profissional (QP).....	75
5.3. Dados obtidos com o Inventário de Habilidades Sociais (IHS).....	115
5.4. Dados obtidos com a Check List de Observação e Registro do Comportamento Interpessoal Profissional:.....	121
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>143</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>146</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>162</b>

## **LISTA DE ANEXOS**

**Anexo 1**..... Carta de Apresentação da Pesquisa

**Anexo 2**..... Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Anexo 3**..... Questionário Profissional

**Anexo 4**..... Check List de Comportamento Técnico e Interpessoal

## **LISTA DE APÊNDICES**

**Apêndice 1**..... Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa – UNIVALE

## LISTA DE FIGURAS

**Figura 1.** Linha do Tempo com os principais acontecimentos do Dengue em Governador Valadares .....75

**Figura 2.** Esquema Representativo da Prática Cultural de Controle do Dengue de Governador Valadares .....142



## LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 1.** Distribuição dos Índices Anuais de Infestação por *Aedes aegypti* entre os anos de 1997 a 2009 .....69
- Gráfico 2.** Distribuição dos Casos Notificados e Confirmados de Dengue por ano .  
.....71
- Gráfico 3.** Distribuição das reuniões realizadas pelo Comitê Municipal de Combate a Dengue de Governador Valadares e quantidade de reuniões registradas pela secretária eleita . .....73
- Gráfico 4.** Distribuição da Conclusão da Escolaridade por Nível de Instrução.....77
- Gráfico 5.** Distribuição da Correspondência entre o Bairro de Atuação Profissional e o Bairro de Residência Domiciliar .....78
- Gráfico 6.** Distribuição da Avaliação do Treinamento oferecido pelo .....90
- Gráfico 7.** Distribuição da Satisfação Profissional por Nível e Categoria .....103
- Gráfico 8.** Distribuição do Nível de Habilidades Sociais dos Agentes de Saúde do PMCD/GV.....116
- Gráfico 9.** Distribuição do Nível de Habilidades Sociais por Repertório Geral e Fatorial (3 e 4) .....120

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1.</b> Distribuição de respostas sobre a importância do treinamento para o agente de saúde do PMCD/GV .....	91
<b>Tabela 2.</b> Distribuição dos aspectos a serem melhorados no desempenho profissional .....	97
<b>Tabela 3.</b> Distribuição características dos residentes por gênero e tipo de interferência no trabalho do agente de saúde .....	101
<b>Tabela 4.</b> Distribuição das funções almeçadas por área de pretensão profissional .. .....	105
<b>Tabela 5.</b> Nível de RHS distribuído por idade .....	117
<b>Tabela 6.</b> Nível de RHS distribuído por satisfação com o trabalho de agente de saúde .....	117
<b>Tabela 7.</b> Distribuição do perfil profissional por grupo. ....	122
<b>Tabela 8.</b> Distribuição dos comportamentos técnicos emitidos por grupo .....	124
<b>Tabela 9.</b> Distribuição dos comportamentos específicos da inspeção emitidos por grupo .....	127

*“Abertas continuam as fronteiras!  
Fechá-las é impossível! Controlá-las é a saída!  
E o controle chama-se: conscientização!  
E que Deus nos ajude nesta difícil missão!”*

Hélio Evangelista dos Santos, 2008.  
Supervisor Geral GCZ  
Atuante no controle do dengue em GV desde 1987.

# INTRODUÇÃO

O *dengue*<sup>1</sup> é considerado uma das doenças transmissíveis *reemergentes*<sup>2</sup> mais graves para a saúde coletiva mundial. O controle de sua ocorrência, a partir do conhecimento das formas de contágio, transmissão e manutenção, é medida necessária, uma vez que o seu combate depende de ações preventivas e remediadoras, pois se trata de um problema de saúde coletiva para o qual ainda não há vacina.

Atualmente, a humanidade tem convivido com problemas sociais que se mesclam aos problemas de saúde coletiva. Na origem desses problemas, quase sempre, estão fatores comportamentais humanos que interagem de forma geral com os fatores do ambiente. Quando essas interações ocorrem com o comportamento de muitas pessoas de uma população surgem produtos agregados<sup>3</sup> – que segundo Glenn e Mallot (2005b) e Mallot e Glenn (2006), são assim denominados por aglomerarem os efeitos do comportamento de vários indivíduos – os quais podem trazer conseqüências para o bem estar de um determinado grupo social, afetando-o de forma positiva ou, infelizmente, como ocorre na maioria das vezes, de forma negativa. Hipertensão, tabagismo, alcoolismo, doenças sexualmente transmissíveis, violência sexual, gravidez na

---

<sup>1</sup> De origem espanhola, a palavra dengue significa melindre, manha, estado em que se encontra a pessoa acometida pela doença. O termo "dengue" é um substantivo masculino no português; portanto, "o dengue". Entretanto, segundo Rezende(2004) a palavra dengue pode ser caracterizada também como um substantivo de dois gêneros, podendo ser utilizada tanto no masculino quanto no feminino. O presente estudo usa a palavra dengue no gênero masculino.

<sup>2</sup> Doenças reemergentes são aquelas que, por terem vindo causando tão poucas infecções, já não estavam sendo consideradas um problema de saúde coletiva, mas reaparecem ou aumentam o número de casos de infecção por seus agentes etiológicos, como é o caso do dengue, que se espalhou por vários países do sudeste asiático desde a década de 50 e reemergiu na América na década de 90, como conseqüência da deterioração do controle ao mosquito e a disseminação do vetor em áreas urbanas.

<sup>3</sup> No Capítulo 3 o conceito desse termo será mais bem explicitado. Por hora, basta apenas essa breve compreensão.

adolescência, dentre outros temas, podem ser citados como exemplos de problemas culturais relacionados a comportamentos humanos situados no âmbito da saúde coletiva.

Neste sentido, o presente estudo focaliza o dengue considerando-o como um exemplo de problema deste âmbito de saúde, intimamente ligado a fatores comportamentais – sejam eles localizados nas variáveis mantenedoras do comportamento no nível do indivíduo ou de um grupo de indivíduos. Além desses fatores sócio-comportamentais, é importante salientar que existem fatores físicos e biológicos que também estão presentes na determinação do fenômeno dengue. Todavia, como se verá adiante, fatores físicos (tais como a poluição ambiental), fatores biológicos (tais como os derivados das alterações humanas no ambiente) e fatores sociais (tais como a migração populacional) são, em última instância, produtos do comportamento de muitas pessoas. Portanto, por questões de limites, e por ser o presente estudo desenvolvido no âmbito da ciência psicológica, especificamente na área da Análise do Comportamento, apenas os fatores comportamentais serão abordados. Neste contexto, será articulada a teoria das habilidades sociais e a ciência comportamental das práticas culturais para a compreensão de um fator comportamental específico: a ação dos agentes de saúde que atuam num Programa de Combate ao Dengue.

A ciência comportamental das práticas culturais compreende a cultura como ambiente e suas práticas como interações ocorridas no nível social (Biglan, 1995; Skinner, 1953/1998). Uma prática em Saúde Coletiva é um exemplo de interações nesse nível. No caso da prática de combate ao dengue, considerada pelo presente estudo, essas interações são um entrelaçamento de contingências

de reforçamento do comportamento dos indivíduos envolvidos, formando a prática de combate como uma metacontingência cuja análise comportamental se situa no nível cultural.

Qualquer prática cultural de combate ao dengue pode ser considerada como interações entre pessoas e grupos de pessoas de modo que essa possa gerar algum efeito sobre o produto agregado deste problema, como por exemplo, a diminuição ou o aumento nos índices de infestação do mosquito transmissor da doença – *Aedes aegypti*– numa área residencial<sup>4</sup>. Neste sentido, o residente é, certamente, um ator-chave dessa prática de erradicação dos focos de proliferação dos mosquitos vetores do dengue. Outro ator essencial é o agente de saúde, seja porque elimina diretamente os focos em visitas domiciliares, seja porque, nessas visitas, ensina (ou deveria ensinar) ao residente a forma adequada de eliminar ambientes favoráveis à criação do mosquito *Aedes aegypti*, contribuindo para a manutenção da saúde, tanto num nível individual quanto coletivo. Se a prática for importante para a sobrevivência do grupo, ela será mantida ao longo do tempo e seus atores serão substituídos por outros (Mallot & Glenn, 2006). Uma prática cultural pode ser vista a partir das cenas que contém a interação de, no mínimo, dois desses atores. Uma dessas cenas foi observada neste estudo: a interação entre o agente e o residente.

Como dito anteriormente, os fatores associados à problemática do dengue se inserem num campo bastante amplo e tal variabilidade proporciona muitas possibilidades de investigação do comportamento humano que gera ou agrava os

---

<sup>4</sup> O acompanhamento dos índices de infestação dos mosquitos vetores do dengue – *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*, configura-se como uma das medidas de controle adotadas pela Fundação Nacional de Saúde – FUNASA. Nesta direção, visando impedir epidemias futuras, segundo a FUNASA (Brasil, 2002), é imprescindível que as metas de índice de infestação estabelecidas pelos municípios não sejam superiores ao valor de 1%, sendo considerado 0% o valor ideal.

fatores físicos, biológicos ou sociais associados ao dengue. Neste contexto, vários motivos impulsionaram a escolha deste tema de pesquisa num Programa de Pós-Graduação em Psicologia na área da Análise Comportamental de Práticas Culturais. Dentre eles, destaca-se a necessidade e o interesse de compreender como determinadas variáveis específicas da ação do agente de saúde que atua em programas de combate a endemias podem estar relacionadas com a eficácia da sua ação como parte dos diversos produtos agregados da prática cultural de controle ao dengue. A ação profissional do agente soma-se ao comportamento dos residentes e dos governantes e, junto aos fatores ambientais, biológicos e sociais mais amplos, determinam a solução ou o agravamento do problema do dengue.

Do ponto de vista da principal ação de controle do dengue, a ação preventiva-educativa, estudos do comportamento da população e do comportamento do agente de saúde na educação da população tornam-se relevantes. No caso do educador focalizado nesta dissertação, essa ação educativa é, de fato, um conjunto de habilidades de interação social no âmbito do exercício da profissão de agente de saúde. Neste sentido, o presente trabalho delimita a sua área de estudo levantando o seguinte problema de pesquisa: como se caracterizam os comportamentos profissionais e o nível de habilidades sociais dos agentes de saúde inseridos em cenas da prática cultural do Programa Municipal de Controle ao Dengue do município de Governador Valadares/MG (PMCD/GV)? A definição dos termos deste problema pode ser posta assim: (a) comportamentos profissionais: variáveis comportamentais adquiridas no processo de inserção e treinamento no PMCD/GV e na prática profissional (inclui a forma de atuação profissional, a satisfação com o trabalho e as atitudes e as crenças

atribuídas ao problema do dengue); (b) habilidades sociais: inclui o conjunto de capacidades comportamentais necessárias às interações sociais; (c) cenas das práticas culturais: configuram-se como as situações da rotina de trabalho do agente de saúde interagindo com membros da população residente.

A gravidade e a amplitude do problema dengue, assim como as suas conseqüências para o ambiente social de várias comunidades, atestam a relevância social do presente estudo, que se justifica por buscar compreender parte dos determinantes comportamentais humanos do fenômeno dengue, podendo ser útil na possibilidade de fundamentar futuras estratégias de intervenção em Saúde Coletiva e contribuir para a promoção de educação em saúde.

A relevância científica é evidenciada no fato de o comportamento humano ser um dos fatores-chave no controle do dengue a partir dessas intervenções e, a despeito disto, haver uma escassez de estudos do problema do dengue sobre o foco da Psicologia e, especificamente, da Análise do Comportamento (no âmbito das práticas culturais).

Visando discutir como o comportamento do agente de saúde pode estar relacionado ao cumprimento dos objetivos de um programa de saúde coletiva de combate ao dengue, e também como sua ação profissional depende de algumas respostas do repertório comportamental interpessoal, o presente trabalho tem como objetivo geral descrever comportamentos profissionais e habilidades sociais dos agentes de saúde em cenas da prática cultural definida como Programa Municipal de Controle ao Dengue do município de Governador Valadares/MG. Como objetivos específicos foram estabelecidos:



1. Descrever a história da entrada do vetor *Aedes aegypti* no município de Governador Valadares.
2. Descrever o perfil sócio demográfico dos agentes de saúde do PMCD/GV.
3. Mensurar habilidades sociais dos agentes de saúde do PMCD/GV.
4. Descrever variáveis comportamentais profissionais dos agentes de saúde (processo de inserção e treinamento no PMCD/GV, atuação profissional, satisfação com o trabalho, atitudes e crenças atribuídas ao problema da dengue).
5. Descrever e analisar relações entre o nível do repertório de habilidades sociais dos agentes de saúde e variáveis comportamentais profissionais.
6. Definir, observar e descrever comportamentos interpessoais indicadores de habilidades sociais no repertório profissional de agentes de saúde.
7. Descrever e analisar relações existentes entre o nível do repertório de habilidades sociais dos agentes de saúde e comportamentos interpessoais emitidos no exercício profissional.
8. Descrever, em termos gráficos, a prática cultural de controle ao dengue implementada pela Gerência de controle de Zoonoses (GCZ) do município de Governador Valadares (GV) entre os anos de 2000 a 2009 e analisar os aspectos comportamentais dessa prática cultural.

Sendo assim, de modo a situar o leitor, a dissertação deste estudo está dividida desta forma: o Capítulo 1 aborda os fatores predisponentes da reemergência do dengue, apresentando considerações teóricas que o qualificam como um grave problema para a saúde coletiva. O Capítulo 2 discute o papel do agente de saúde em programas de controle ao dengue e aponta algumas

contribuições que o campo teórico-prático das habilidades sociais pode trazer à formação deste profissional. O Capítulo 3 define, em termos comportamentais, uma prática cultural de controle ao dengue, especificando-a na realidade do município de Governador Valadares/MG. O Capítulo 4 delinea o método de pesquisa e os procedimentos de coleta e análise dos dados. No Capítulo 5 os resultados são exibidos e discutidos à luz das teorias abordadas nos capítulos 1, 2 e 3. E por fim, no Capítulo 6, seguem-se algumas conclusões e sugestões acerca da problemática trabalhada.

# CAPÍTULO 1- Dengue e Fatores Predisponentes à sua Reemergência.

O dengue é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida pela fêmea do mosquito *Aedes aegypti*<sup>5</sup>. Seu curso pode ser benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta. Caracterizado como a arbovirose<sup>6</sup> de maior incidência no mundo, o dengue constitui-se como uma das doenças infecciosas reemergentes que ameaça a saúde coletiva. Sua disseminação ocorre principalmente nos países tropicais, onde muitas variáveis são propícias à adaptação dos vetores<sup>7</sup> e distribuição do vírus na população. Trata-se de um problema endêmico em todos os continentes, exceto na Europa. Atualmente, cerca de dois terços da população mundial vive em áreas infestadas com os mosquitos vetores do dengue. A Organização Mundial de Saúde – OMS (WHO, 2010) estima que 50 milhões de pessoas são infectadas anualmente, sendo que cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência do dengue.

Depois da malária, o dengue é uma das viroses reemergentes que mais afeta a população mundial em termos de morbidade e mortalidade. No Brasil, segundo a Agência Brasileira de Inteligência – ABIN (2009), de janeiro a

---

<sup>5</sup> A transmissão desta doença se faz pela picada dos mosquitos vetores, no ciclo ser humano - *Aedes aegypti* - ser humano. Segundo o Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 2002, p. 203), o período de transmissibilidade ocorre em dois ciclos: 1) intrínseco - no homem; 2) extrínseco - no vetor. No homem, começa um dia antes do aparecimento da febre e vai até o 6º dia da doença, período em que o vírus está presente no sangue. No mosquito, após um repasto de sangue infectado, o vírus vai se localizar nas glândulas salivares da fêmea do mosquito onde se multiplica depois de 8 a 12 dias de incubação, sendo ela capaz de transmitir a doença a partir desse momento. Não há transmissão por contato direto de uma pessoa sadia com um doente ou com suas secreções; nem com fontes de água ou alimento.

<sup>6</sup> Arbovírus (RNA): abreviatura do inglês de *arthropod-bornvirus*, vírus oriundo dos artrópodes.

<sup>7</sup> A palavra vetor será utilizada no presente estudo com o objetivo de referir-se ao vetor biológico da doença dengue, indicando o organismo que hospeda o vírus, neste caso os mosquitos *Aedes aegypti* e *Aedes albopictus*.

novembro do ano de 2008 foram registrados 788 mil casos de dengue, sendo esse valor considerado como o recorde de notificações da doença no país. O máximo de casos havia sido registrado anteriormente, no ano de 2002, quando foram informadas 695 mil contaminações.

Tauil (2001) considera que as razões para a reemergência do dengue são complexas e requerem compreensão para que se possa intervir nos fatores que contribuem para acentuação de sua ocorrência. Neste segmento, a razão principal que favorece a reemergência deste problema está diretamente relacionada ao crescimento da população vetorial, considerando que a vacina capaz de imunizar os quatro sorotipos encontra-se em processo de desenvolvimento (WHO, 2008; Whitehead *et al*, 2007)<sup>8</sup>. Sendo assim, Forattine (2004) descreve que os fatores responsáveis por este crescimento estariam relacionados a uma variedade de mudanças ocorridas no ambiente como conseqüências do comportamento:

Somente há conseqüências. Assim, na sociedade ocorrem quando muda o comportamento e/ou a tecnologia. Sejam elas pequenas, grandes ou mesmo inesperadas. E como resultado final, a população, seja ela qual for, ou se adapta ou se extingue (Forattine, 2004, p.537).

Neste contexto, Penna (2003) ressalta que as conseqüências do dengue, estão direcionadas ao meio ambiente urbano; logo, é um problema de todos: membros da população geral, membros que exercem poder público e membros da população que exercem atividades profissionais na área da saúde. Complementando a idéia dos autores (Forattine, 2004; Penna, 2003) sobre a

---

<sup>8</sup> O vírus da dengue se classifica em quatro sorotipos: DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4, sendo que no Brasil não existe circulação do tipo 4. Segundo o Ministério da Saúde, as comunidades científicas, internacional e brasileira, estão trabalhando firme no desenvolvimento da vacina contra o dengue; trata-se de uma vacina mais complexa que as demais e se apresenta como um grande desafio aos pesquisadores. Afinal, é necessário fazer uma combinação de todos os vírus para que se obtenha um imunizante realmente eficaz contra a doença.

complexidade do problema do dengue e, ao mesmo tempo, reconhecendo o comportamento humano como a última instância da determinação do problema, Schatzmayr (2001) reitera que:

O problema das viroses emergentes e reemergentes é complexo, porém pode se reconhecer que, em sua maioria, essas viroses são desencadeadas por atividades humanas que modificam o meio ambiente, em especial, pela pressão demográfica (Schatzmayr, 2001, p. 209).

As atividades humanas citadas por Schatzmayr (2001) são comportamentos que geram conseqüências definidoras dos elementos responsáveis pela reemergência de doenças como o dengue. Segundo Forattine (2004), estes elementos podem ser analisados como fatores físicos, biológicos e sociais:

- **Fatores físicos:** referem-se às atuais alterações climáticas ocorridas no planeta Terra, grande parte produzidas por ações humanas. O aquecimento global, a poluição ambiental e o desmatamento podem resultar no aumento da densidade populacional dos vetores, não somente nas áreas tropicais como nas temperadas também. As condições climáticas exercem influência acentuada sobre os vetores transmissores de infecções como malária, dengue, febre amarela dentre outras. Nesta condição, *“o frio poderá favorecer as populações humanas pelo limites que ele impõe às de mosquitos”*. (Forattine, 2004, p. 538).
- **Fatores biológicos:** os agentes infecciosos junto aos seus vetores podem se adaptar a algumas variações ambientais, muita delas desencadeadas pelo comportamento do homem, portanto

Torna-se um tanto difícil distinguir os aspectos filogenéticos, ontogenéticos, as adaptações biológicas, das devidas ações do homem (...). Claro está que o principal interesse reside na natureza filogenética da adaptação (Forattine, 2004, p. 541).

- **Fatores sociais:** estão relacionados às mudanças ambientais ocorridas na sociedade, dentre elas: (a) movimentos migratórios, que resultam em alterações demográficas, as quais favorecem a transmissão de doenças infecciosas, sendo válido ressaltar que o desenvolvimento do ecoturismo (atividades em contato com a natureza) propicia a incidência e a progressão de infecções; (b) o impacto da tecnologia industrial dos “descartáveis”, que aumenta cada vez mais o número de recipientes e objetos que poderão servir para acúmulo de água e, conseqüentemente, criadouro para o *Aedes aegypti*; (c) o intercâmbio comercial através do tráfego aéreo, terrestre e marítimo, que, em suas respectivas velocidades, tem facilitado a propagação do vírus do dengue, considerando que seu período de transmissibilidade é prolongado.

Neste sentido Tauil (2002) complementa a análise deste fator social apontando outros dos seus impactos ambientais relacionados ao dengue:

- o sistema de saneamento básico, especificamente o abastecimento de água e coleta de lixo é insuficiente ou inadequado nas cidades, em geral nas periferias;
- a produção exorbitante de veículos automotores tem gerado um destino inadequado para os pneus constituindo-se como um dos criadouros preferenciais para o mosquito vetor.

- a infra-estrutura do sistema de saúde coletiva está deteriorada em muitas cidades com a redução de recursos humanos e financeiros.

E conclui acrescentando a dificuldade do diagnóstico da doença como mais um complicador do quadro da reemergência do dengue:

Na tentativa de compreender a reemergência do dengue é necessário considerar ainda que o diagnóstico precoce de casos da doença não tem sido a regra, pois, com frequência, são confundidos com os sintomas de outras doenças, principalmente rubéola ou viroses indeterminadas. Quando o diagnóstico é realizado, o vírus do dengue já está infectando grande número de pessoas e atingindo áreas geográficas extensas, dificultando o controle da epidemia. (Taubil, 2001, p. 101).

Neste sentido, o presente estudo considera o comportamento como um dos elementos determinantes do dengue, pois o mesmo encontra-se presente nos vários fatores de reemergência citados acima. Sendo assim, há de se considerar a importância da área da Saúde Coletiva ser vista sob a ótica da Análise do Comportamento, pois no âmbito desta última ciência, o comportamento é definido como toda forma de interação que o indivíduo mantém com o ambiente, modificando-o e sendo modificado por ele (Matos, 1999). Uma parte grande desse repertório caracteriza-se por comportamento operante: é aprendido na experiência e mantém-se pelas conseqüências que produz e pode ser analisado tanto no nível individual, quanto no nível cultural (o dos grupos formais ou informais, amplos ou restritos constituintes de uma população). O Capítulo 2 discute descreve a ação dos agentes de saúde como uma tentativa de mudar o comportamento da população.

## **CAPÍTULO 2 - Dengue e a Atuação dos Agentes de Saúde nos Programas de Saúde Coletiva: atribuições e habilidades.**

O controle da ocorrência do dengue pela disseminação do conhecimento das formas de contágio, transmissão e manutenção da doença é uma medida necessária ao seu combate. Na ausência de uma vacina preventiva e de procedimentos químicos de controle ao vetor, seguros para a saúde humana e ecossistema, o único elo vulnerável que reduz a transmissão do dengue é o mosquito *Aedes aegypti*, que precisa de controle ou erradicação.

Contudo, as dificuldades existentes no combate desses mosquitos são muitas, podendo ser observadas em cidades tanto de grande, quanto de médio porte. Tauil (2002) atribui essas dificuldades à complexidade da vida urbana atual, que pode facilitar a proliferação dos mosquitos vetores e limitar as ações para reduzir seus índices de infestação.

Dada esta complexidade, as estratégias que visam o controle da doença via combate ao mosquito vetor devem ser elaboradas, estabelecidas e aplicadas com base em conhecimentos técnico-científicos já disponíveis, sendo fundamental a realização de pesquisas voltadas para a compreensão das práticas culturais da comunidade com a qual se pretende trabalhar.

Neste sentido, vários estudos têm sido realizados visando identificar os diversos aspectos associados a reemergência e manutenção do dengue, assim como propor, experimentar e avaliar novas práticas de intervenção. Dentre os



alvos ou temas desses estudos estão: fatores socioeconômicos das populações vulneráveis (Flauzinho, Souza & Oliveria, 2009; Almeida, Medronho & Valencia, 2009; Mondini & Chiaravalloti Neto, 2007), etiologia do *Aedes aegypti* e do vírus dengue (Tauil, 2001; 2002), aspectos epidemiológicos (Teixeira, Costa, Barreto & Barreto, 2009; Duarte & França, 2006), o vetor secundário – mosquito *Aedes albopictus* (Martins, *et al.*, 2009; Brito & Forattini, 2004; Santos, 2003), aspectos clínicos da doença (Deagallier, Favier, Boulanger & Menkes, 2009; Rocha & Tauil, 2009), diagnóstico laboratorial (Eiras & Resende, 2009), políticas de Saúde Pública (Ferreira, Soares Filho & Carvalho, 2009; Pessanha, Caiaffa, César & Proiett, 2009; Penna, 2003), atuação da imprensa nas campanhas de combate (Lenzi & Coura, 2004; França, Abreu & Siqueira, 2004), ações educativas (Rangel-S, 2008; Sales, 2008; Brassolatti & Andrade, 2002), comportamento da população (Pedrosa e Teles, 2001; Pérez, Zielinski, Vargas & Clarck, 2009; Claro, Tomassini & Rosa, 2004; Oliveira & Valla: 2001) e desenvolvimento da vacina capaz de imunizar os quatro sorotipos do vírus dengue (WHO, 2008; Whitehead *et al*, 2007; Silva & Richtman, 2006).

Entretanto, considerando a extensa produção científica sobre o dengue, poucas pesquisas têm focalizado os impactos da ação de profissionais, como os agentes de saúde, que atuam diretamente com a população exercendo funções como inspeção de imóveis, aplicação de produtos químicos de combate ao vetor, orientações educativas e preventivas, coleta de dados epidemiológicos, dentre outras. Neste contexto, é interessante ressaltar que, algumas bases de dados eletrônicas como a Scielo<sup>9</sup> e a BVS<sup>10</sup>, dentre as centenas de artigos

---

<sup>9</sup> Scientific Eletronic Library Online – [www.scielo.gov](http://www.scielo.gov).

<sup>10</sup> Biblioteca Virtual em Saúde – [www.bvs-psi.org.br](http://www.bvs-psi.org.br)

disponibilizados 11 sobre aspectos biológicos, epidemiológicos, ou outros que não interessam diretamente ao objetivo deste trabalho, não se chega encontrar uma dezena destas produções que estejam direcionadas para a investigação e compreensão do papel do agente de saúde atuante em programas de controle ao vetor *Aedes aegypti*. Em contrapartida, é observado que sobre os agentes comunitários de saúde, profissionais que atuam em Programas da Saúde da Família (PSF), há uma significativa produção científica, tanto na área da Psicologia quanto na da Saúde Coletiva. Contudo, não é objetivo deste estudo discutir e identificar os possíveis determinantes da presença pouco significativa de produções científicas sobre agentes de saúde atuantes em programas de controle ao dengue. Todavia, as ressalvas acima foram registradas como mais uma forma de justificar a relevância da presente pesquisa.

Portanto, dando continuidade à revisão de literatura, deste ponto em diante serão abordados os estudos atuais sobre os “agentes de saúde”, mais comumente conhecidos como “agentes de controle de vetores”<sup>12</sup>. Para título de informação, nos portais eletrônicos consultados (SciELO e BVS), foram localizados 8 artigos sobre esses profissionais, a saber: Lefevre, Lefevre, Scandar, Yasumaro e Sampaio, 2003; Baglini, *et al.*, 2005; Chiaravalloti Neto *et al.*, 2006; Chiaravalloti Neto *et al.*, 2007; Sales, 2008; Wermelinger, *et al.*, 2008; Pimentel, Albuquerque, e Acioli, 2009; Cezarino, Ferraz, Ferreira, Lázaro, e Melo, 2009. Tais estudos

---

<sup>11</sup> Ambos os portais eletrônicos disponibilizam para consulta on-line artigos publicados em revistas científicas da América Latina

<sup>12</sup>Embora muitos departamentos de saúde coletiva nomeiem esses profissionais de formas variadas (“Agentes de Controle a Vetores”, “Agentes de Vigilância Ambiental”, “Agentes de Saúde Ambiental e de Combate de Endemias”), o presente estudo fará referência a esse profissional como “Agente de Saúde”. A escolha do termo se justifica por dois fatores: primeiro, é o termo utilizado pelo Manual de Normas Técnicas, Dengue – Instruções para o Pessoal de Combate a Vetor, da Vigilância Epidemiológica do Ministério da Saúde (Brasil, 2001); e, segundo, é também este o termo utilizado pelo departamento de Saúde Coletiva do município de Governador Valadares/MG, local onde foram coletados os dados para a presente pesquisa.

serão brevemente comentados, seguindo a ordem do ano de publicação dos mesmos. Como não há consenso sobre um único termo para nomear os profissionais que atuam no combate ao dengue, será utilizado o termo adotado pelos autores em suas pesquisas.

O primeiro estudo data o ano de 2003 e foi desenvolvido por Lefevre *et al.* (2003). Os autores realizaram uma pesquisa descritiva quanti-qualitativa com objetivo de identificar a percepção dos agentes de combate ao *Aedes aegypti*, de cinco municípios do Estado de São Paulo, sobre a proposta técnica estabelecida pela SUCEN<sup>13</sup> de suspensão do uso rotineiro de inseticida no controle do mosquito *Aedes aegypti*. Para coleta de dados utilizou-se o procedimento de entrevista que, posteriormente, teve as respostas analisadas pela técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. Os dados quantitativos foram apresentados em forma de percentil de concordância e discordância quanto à percepção sobre a proposta técnica e, em seguida, foram comparados os municípios participantes. Os pesquisadores concluíram que as justificativas da SUCEN a respeito da sua proposta técnica são semelhantes à visão que alguns agentes de combate possuem sobre a questão, como por exemplo: toxicidade do veneno, prejuízo à ecologia e saúde do funcionário, revalorização do controle mecânico<sup>14</sup> do mosquito vetor do dengue e da necessidade de reforço da atuação no plano educativo junto à população. Tais situações foram compreendidas como fatores que justificam a suspensão do inseticida. Os pesquisadores encontraram também idéias que confrontam este tipo de política. Ao contrário da SUCEN, outros

---

<sup>13</sup> SUCEN: Superintendência de Controle de Endemias do Estado de São Paulo.

<sup>14</sup> O controle mecânico se caracteriza por medidas dirigidas aos recipientes que se tornam criadouros, especificamente a sua remoção ou alteração de suas condições de maneira a não permitir o acúmulo de água e a proliferação das formas imaturas do mosquito *Aedes aegypti*.

agentes de combate apresentaram uma forte crença na efetividade do inseticida e uma visão descrente da efetividade de ações educativas que poderiam ser desenvolvidas junto à população.

O segundo estudo foi realizado no ano de 2005 por Baglini *et al.* (2005) e o método utilizado caracterizou-se por uma pesquisa descritiva. Considerado o contexto de interações que ocorre entre residentes, agentes de controle a vetores (ACV) e agentes comunitários de saúde (ACS), os autores buscaram identificar situações vivenciadas por esses profissionais no dia a dia de suas funções. Para a coleta de dados aplicou-se um questionário aos participantes, cujas respostas foram agrupadas em três categorias: (1) trabalho – participação dos residentes nas atividades de controle e prevenção ao dengue e a relação estabelecida com o residente; (2) particular – condições relacionadas à capacitação profissional do ACS e ACV; e (3) coletivo – aspectos físicos e sociais do bairro de atuação profissional dos agentes. Observou-se que os resultados se distinguiram quanto aos aspectos do âmbito particular e do trabalho entre os ACV e ACS, indicando que os ACS desempenham com mais satisfação suas funções do que os ACV. Entretanto, os ACV tendem a enfrentar, com maior frequência, determinados problemas que não foram relatados pelos ACS, como por exemplo, a resistência dos residentes em permitir a inspeção domiciliar. Na esfera coletiva, os resultados se mostraram semelhantes, indicando falta de preparo, tanto do ACV quanto do ACS, para lidar com as questões específicas de cada comunidade onde os agentes exercem suas atividades. Neste sentido, os autores apontaram a necessidade de se pensar um novo perfil profissiográfico, tanto para a categoria profissional dos ACV quanto os ACS, de modo que esses tenham claras as

atividades a realizar e as habilidades que precisam desenvolver junto à comunidade de atuação.

O terceiro estudo (Chiaravalloti Neto *et al.*, 2006) avaliou os resultados da integração das ações de agentes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Controle do Dengue (PCD) em São José do Rio Preto/SP. O estudo descritivo, conduzido entre outubro de 2001 a janeiro de 2003, foi realizado com residentes em uma área com PSF e outra sem PSF. Observou-se que na primeira área, os informantes relataram que os ACS, de modo integrado com as suas atribuições, orientavam os moradores sobre as medidas de controle do dengue, incentivando-os a realizá-las. Na segunda área foi dito que os ACV orientavam os moradores sobre o controle de criadouros e realizavam diretamente essas atividades de controle. Os autores concluíram que na área com PSF, comparada com a que não tem PSF, os participantes entrevistados foram os que mais afirmaram ter como fonte de informação sobre o dengue o serviço de saúde. Outra observação foi a ocorrência de mudanças significativas nas duas áreas pesquisadas. Tais mudanças caracterizam-se por aquisição de conhecimento e diminuição de recipientes/criadouros. Neste sentido, os autores avaliaram que a integração entre os dois programas foi de suma importância para o enfrentamento do dengue, além de ter possibilitado a comunidade a interagir diretamente com problemas relacionados ao controle do dengue.

Já o quarto estudo, também realizado por Chiaravalloti Neto *et al.* (2007) teve como objetivo identificar aspectos que interferem na atuação dos ACV e ACS inseridos no Programa de Controle do Dengue (PCD) e na adesão da população aos objetivos deste programa. Para a coleta de dados utilizou-se a técnica de

grupos focais com os residentes, onde foi proposto discussões sobre os aspectos da relação “agente-serviço-população” (Chiaravalloti Neto *et al.*, 2007, p. 2). Os resultados demonstraram que os residentes não consideram como importante as atividades de controle e prevenção do dengue. A partir deste contexto, o estudo identificou alguns fatores que dificultam a relação dos ACV com os residentes, dentre eles cita-se: pouca adesão dos residentes ao PCD; identificação inadequada das funções do ACV (como, por exemplo, “coletadores de lixo”); atribuição de menor status às funções dos ACV em relação às funções dos ACS (que se refletem, por exemplo, numa melhor receptividade ao ACS do que ao ACV). Uma das conclusões obtidas pelos autores foi a interferência negativa destes aspectos na atuação dos ACV. Neste sentido, a pesquisa de Chiaravalloti Neto *et al.* (2007) também identificou a necessidade de se investir na formação dos profissionais ACV para que os mesmos tenham condições lidar com as dificuldades citadas.

O quinto estudo, realizado por Sales (2008) através de uma abordagem qualitativa denominada hermenêutica dialética, analisou ações educativas utilizadas na prevenção e controle do dengue e exercidas por uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Icarai – CE. Três grupos distintos participaram da pesquisa, a saber: 1) usuários da USB; 2) agentes de controle de endemias e 3) profissionais da equipe do PSF. Uma das conclusões levantadas pela autora se refere à ineficiência dos agentes de controle de endemias e dos profissionais do PSF em ministrar atividades educacionais aos usuários. Sales (2008) considerou tais atividades “*como ineficaz para impactar a doença dengue*” (p. 183). A autora ainda identificou alguns aspectos que poderiam estar determinando a ineficiência

das atividades educacionais. Dentre elas, as mais significativas foram: conteúdo das mensagens educativas distantes da realidade local e estratégias autoritárias e coercitivas.

O sexto estudo, realizado por Wermelinger *et al.* (2008), não teve como participantes agentes de saúde atuantes no controle do dengue, mas, agentes comunitários de saúde (ACS) inseridos no Programa de Saúde da Família (PSF). Considerando a familiaridade que esses ACS's têm com a população residente, os autores buscaram investigar os efeitos da ação desses profissionais, enquanto verificadores da existência de criadouros do *Aedes aegypti* em imóveis "pendentes" – que se caracterizam por residências fechadas, cujos proprietários não são encontrados ou impedem o trabalho dos ACS responsáveis pelo combate ao mosquito. Além do fator pendência, outros fatores também foram investigados, como as dificuldades de acesso às lajes, caixas d'água e o acúmulo de entulhos nos domicílios que impedem também a identificação e eliminação dos criadouros. Os autores concluíram que tais dificuldades podem comprometer a eficácia do PSF na redução dos índices de infestação do *Aedes aegypti* na comunidade estudada. Contudo, concluíram também que a inserção dos ACS no PCD pode configurar como uma potente contribuição na redução dessas dificuldades relacionadas ao trabalho de controle do dengue.

O sétimo estudo, realizado por Pimentel, *et al.* (2009), teve como objetivo analisar uma falha na cobertura do Programa de Vigilância Ambiental em Saúde (PVAS) do município de Olinda – PE: a significativa diminuição no número de imóveis que deveriam ser inspecionados pelos agentes de vigilância ambiental responsáveis por atividades de controle ao dengue. Como causas relacionadas à

falha, os autores identificaram a falta de materiais necessários ao trabalho dos agentes de saúde e o deslocamento constante desses profissionais para cursos de capacitação e para o atendimento de outras demandas na área da saúde. Uma das conclusões obtidas pelos autores (Pimentel *et al.*, 2009) foi a necessidade de se realizar modificações na estrutura do PVAS, de modo que este possa oferecer condições de trabalho adequadas aos agentes de saúde. O estudo também sugeriu a realização de avaliações mais criteriosas e constantes nas atividades desses profissionais de modo que o número de inspeções estabelecidas pelo governo não deixem de ser realizadas, já que colocam em risco a saúde coletiva.

Por fim, o oitavo estudo, realizado por Cezarino *et al.* (2009) numa perspectiva bem mais diferenciada dos demais, pois registrou uma experiência realizada em São José do Rio Preto – SP, de uma parceria estabelecida entre agentes de saúde e 50 carroceiros da cidade. Após uma capacitação, os carroceiros foram integrados ao trabalho dos agentes de saúde com função de auxiliá-los na coleta de potenciais criadouros do *Aedes aegypti*. Segundo os autores, a experiência possibilitou o “*fortalecimento do papel dos agentes como educadores em saúde ambiental, avançando no processo de inclusão social dos carroceiros*” (Cezarino *et al.*, p.1, 2009). É interessante observar que estratégias como esta tendem a reforçar a importância do papel interativo do agente de saúde com a população, possibilitando maneiras criativas e mais eficientes de realizar as atividades de controle ao dengue.

Os achados dos estudos apresentados acima (Lefevre, *et al.*, 2003; Baglini, *et al.*, 2005; Chiaravalloti Neto *et al.*, 2006; Chiaravalloti Neto *et al.*, 2007; Sales,



2008; Wermelinger *et al.*, 2008; Pimentel *et al.*, 2009; Cezarino *et al.*, 2009) comungam com uma compreensão analítico-comportamental das práticas de programas de saúde coletiva – o referencial teórico deste projeto. Deste ponto de vista, apesar do dengue ser um problema sobre o qual toda a sociedade deve refletir (incluindo os profissionais de saúde), o agente de saúde é um dos atores fundamentais nas práticas de combate ao dengue, de quem os comportamentos podem, direta ou indiretamente, impactar o problema como ele se apresenta a partir de produtos comportamentais humanos nocivos à saúde coletiva, tais como a poluição ambiental com recipientes descartáveis que se tornam criadouros para proliferação do vetor do dengue.

Neste sentido, a FUNASA (Brasil, 2002) considera que é necessário promover, exaustivamente, a educação em saúde até que a comunidade adquira conhecimentos e consciência do problema do dengue, para que possa participar efetivamente da eliminação contínua dos criadouros potenciais do mosquito *Aedes aegypti*. Para que essa participação se efetive, via mudança de comportamento, julga-se que a população deve ser informada sobre a doença (modo de transmissão, quadro clínico, tratamento, etc), sobre o seu vetor (hábitos, criadouros domiciliares e naturais, ciclo de vida) e sobre as medidas de prevenção e controle (eliminação de ambientes favoráveis à proliferação dos mosquitos vetores, diagnóstico e tratamento clínico do dengue). Tal proposta tem sido continuamente executada pelo governo através de propagandas em diversas mídias (TV, rádio, imprensa, panfletos, projetos educativos nas escolas, entre outros) na tentativa de educar a população sobre os aspectos mencionados.

Outra forma de promover esta educação é por meio das ações do agente de saúde na comunidade, dirigidas ao residente. Afinal, segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), além de descobrir focos, destruir e evitar a formação de criadouros, impedindo a reprodução de focos, ele deve também orientar a população a fazer isto através de ações educativas. Tais atribuições são apresentadas pelo governo como obrigações básicas da rotina de trabalho do agente de saúde. Ora, se estas orientações e mobilizações são feitas enquanto ele fizer as outras ações que lhe competem, sua eficiência dependerá, dentre outros fatores, dos seus repertórios comportamentais, especificamente o técnico-profissional e o de habilidades sociais. Neste contexto, faz-se necessário, abordar possíveis contribuições do campo teórico-prático das habilidades sociais para a formação dos agentes de saúde atuantes em programas de controle ao dengue. É por meio dessa habilidade e das habilidades técnico-profissionais que o agente cumpre a sua função dentro das práticas culturais denominada Programa de Combate ao Dengue.

O termo habilidades sociais (HS) define um dos campos teórico-práticos da Psicologia e se refere ao conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais. Para Del Prette e Del Prette (2001) é um campo que está relacionado amplamente com as áreas da saúde, satisfação pessoal, realização profissional e qualidade de vida dos seres humanos. Portanto, é um elemento chave para avaliação de profissionais “cuja atuação se dá por meio de relações interpessoais” (Del Prette & Del Prette, 2006). Este é o caso de profissionais como os agentes de saúde inseridos em programas de combate ao dengue já que dela depende a mudança de comportamento do outro com quem o

agente interage, evitando as estratégias autoritárias e coercitivas (mesmo as sutis) denunciadas pelo estudo de Sales (2008).

Compreender o conceito de HS implica também em compreender e diferenciar outros dois conceitos: competência social e desempenho social.

Segundo Del Prette e Del Prette (2007)

O desempenho social refere-se à emissão de comportamentos em uma situação social qualquer. Já o termo habilidades sociais refere-se à existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo para lidar de maneira adequada com as demandas das situações interpessoais. A competência social tem sentido avaliativo que remete aos efeitos do desempenho social nas situações vividas pelo indivíduo (p.31).

De acordo com esses autores, muitas vezes uma pessoa tem habilidades sociais, porém, ela não as utiliza no cotidiano por diversas razões, dentre elas, “a ansiedade, crenças equivocadas e dificuldade de leitura dos sinais do ambiente” (Del Prette & Del Prette, 2007, p. 31). A competência social, então, irá dizer se essa pessoa tem ou não habilidades para lidar com as variadas demandas de seu ambiente, sendo “capaz de organizar pensamentos, sentimentos e ações em função de seus objetivos e valores” (Del Prette & Del Prette, 2007, p. 31).

Logo, os autores afirmam que a competência social depende da interação de três dimensões: 1) pessoal; 2) situacional e 3) cultural. A primeira se refere ao conjunto de conhecimentos sentimentos e crenças do indivíduo. Já a segunda está relacionada ao contexto dos encontros sociais. E por fim, a terceira equivale aos valores e normas do grupo de inserção social. Neste contexto,

(...) pessoas socialmente competentes são as que contribuem na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aquelas com quem interagem. Assim, considerando a dimensão pessoal e os contextos situacional e cultural, o desempenho socialmente competente é aquele que (...) expressa

uma leitura adequada do ambiente social, ou seja, decodifica corretamente os desempenhos esperados, valorizados e efetivos para o indivíduo em sua relação com os demais (Del Prette & Del Prette, 2007, p. 33).

Para Alberti e Emmons (1977) habilidades sociais podem ser compreendidas também como: a) fatores que caracterizam o comportamento, e não as pessoas; b) tais fatores são características específicas à situação e não são universais; c) as habilidades sociais são observadas no contexto cultural do indivíduo, assim como em termos de outras variáveis situacionais; d) está associada à capacidade de um indivíduo escolher livremente sua ação; e) caracteriza-se como um evento socialmente eficaz, nunca danoso.

O campo teórico-prático das Habilidades Sociais se aplica ao estudo de vários contextos como o familiar, o escolar, o de trabalho, dentre outros. Direcionando ao contexto do trabalho, área de interesse do presente estudo, e baseando-se nos autores Del Prette e Del Prette (2001, 2007, 2009a, 2009b), uma característica fundamental das relações profissionais é o envolvimento dos trabalhadores com outras pessoas, tanto dentro quanto fora do ambiente de trabalho. Para os agentes de saúde dos PCD's dos municípios brasileiros isso não é diferente. O ambiente de trabalho nesses programas requer deles muitas habilidades sociais, componentes da competência técnica e interpessoal, que são necessárias em várias etapas do seu trabalho. (Del Prette & Del Prette, 2007). Logo, é preciso atentar que tais habilidades podem/devem ser aprendidas, desenvolvidas e treinadas de forma a atender as demandas e objetivos de um determinado contexto profissional forjado por um programa de saúde coletiva em política pública. Entretanto, observa-se que os programas de treinamento que são proporcionados aos agentes de saúde, assim como a outros profissionais,

geralmente têm como objetivos centrais a instrução e a modelação de comportamentos associados a competências técnicas da profissão, deixando à parte o treinamento e o desenvolvimento de habilidades sociais profissionais.

Hoje, com os novos paradigmas organizacionais, as competências sociais nas interações profissionais são bastante necessárias. De acordo com Del Prette e Del Prette (2007), habilidades sociais profissionais

são aquelas que atendem às diferentes demandas interpessoais do ambiente de trabalho objetivando o cumprimento de metas, a preservação do bem estar da equipe e o respeito aos direitos de cada um (p. 89).

Há quatro tipos de habilidades sociais que são base para um bom relacionamento interpessoal no trabalho e eles não excluem os muitos outros tipos de HS existentes (Del Prette & Del Prette, 2007). Tais habilidades se caracterizam pela capacidade de: 1) coordenar grupo; 2) falar em público; 3) resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos e 4) conduzir processo de ensino-aprendizagem – habilidades sociais educativas. Quanto a esta última habilidade, Del Prette e Del Prette (2007) a conceituam de forma específica, o que é interessante de ser destacado dada uma das funções compulsórias do agente de saúde, segundo instrui, como visto, o documento da FUNASA (Brasil, 2002):

Habilidades sociais educativas são aquelas intencionalmente voltadas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do outro, em situação formal ou informal (Del Prette e Del Prette, 2007, p. 95)

A partir desse breve panorama do campo teórico-prático das Habilidades Sociais, pode-se observar que o treinamento de habilidades sociais é um requisito importante para a melhoria dos relacionamentos interpessoais, não só no campo

da vida cotidiana, mas, também, no do trabalho. Ao se treinar tais habilidades, entende-se que melhorias nos relacionamentos interpessoais podem gerar, não só uma melhor qualidade de vida, mas, também, ótimos resultados em relação aos objetivos das organizações públicas ou privadas e, assim como, de suas políticas. Particularmente, o terceiro e o quarto tipo de habilidade social profissional (resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos e educar) são fundamentais ao trabalho de educação em saúde em programas de controle ao dengue.

A forma como o agente de saúde interage com o residente nos procedimentos técnicos de inspeção em visitas residenciais poderá refletir-se (ou não) no comportamento do residente: (1) no seguimento de uma ação instruída, (2) na emissão de uma ação ensinada ou (3) na imitação, pela observação, de uma ação de combate ao vetor do dengue. Segundo a Análise do Comportamento estas formas de interação são formas como ocorre a aprendizagem<sup>15</sup> do comportamento esperado no repertório dos residentes para o combate ao dengue e foram bem descritas numa literatura extensa de pesquisas na área (Costa Junior, Ferreira & Rolim, 2008; Machado & Todorov, 2008; Sudo, Souza & Costa, 2006; Albuquerque, Matos, Souza & Paracampo, 2004; Matos, 1999; Baum, 1999; Catania, 1999; Hayes, 1989). Efetivamente, qualquer prática cultural em política pública deve combinar estas três formas de aprendizagem operante para garantir a aquisição e manutenção de comportamentos que gerem resultados excelentes para a saúde coletiva. O próximo Capítulo, aborda melhor este ponto como parte da prática cultural de combate ao dengue.

---

<sup>15</sup> Trata-se aqui dos processos básicos da aprendizagem via condicionamento operante, por contingência ou por regra. Tais processos serão abordados no Capítulo 3.

## **CAPÍTULO 3 – Análise do Aspecto Comportamental do Fenômeno Dengue.**

O controle da ocorrência do dengue através do conhecimento das formas de contágio, transmissão e manutenção da doença configura-se como uma das medidas necessárias ao seu combate. Conforme já apresentado nos Capítulos precedentes, atualmente, o único elo vulnerável que pode reduzir a transmissão do dengue é o mosquito *Aedes aegypti*, seu principal vetor. Neste contexto, viu-se que vários fatores se associam às causas desse fenômeno, dentre os principais comentados estão os ambientais, físicos, biológicos e sociais (Foratine, 2004; Tauil, 2001; 2002). Tais fatores, em suas bases, descrevem processos comportamentais, tanto no nível individual quanto no nível cultural das contingências mantenedoras do comportamento.

Numa perspectiva analítico-comportamental, a descrição funcional de qualquer comportamento de um único indivíduo ou de um determinado grupo ou cultura se baseia num modelo denominado de seleção por conseqüências. Tal modelo foi proposto por Skinner (1981/2007) e consiste na explicação do comportamento humano a partir da interação de três níveis de seleção: (1) filogenético, (2) ontogenético e (3) cultural. Para este autor

(...) o comportamento humano é o produto conjunto de a) contingências de sobrevivência responsáveis pela seleção natural das espécies, e b) contingências de reforçamento responsáveis pelos repertórios adquiridos por seus membros, incluindo c) contingências especiais mantidas por um ambiente cultural evoluído. (Em última análise, obviamente, tudo isso é uma questão de seleção natural, uma vez que o condicionamento operante é um processo evoluído, do qual as práticas culturais são aplicações especiais) (Skinner, 1981/2007, p. 131).

Segundo Catania (1999), a filogênese acontece ao longo do tempo biológico, ou seja, se refere à história evolutiva da espécie e é responsável pelo desenvolvimento de características necessárias à adaptação ambiental dos organismos. Já a ontogenia, acontece ao longo da vida individual de um organismo e se relaciona com comportamentos que são selecionados por suas conseqüências, ou seja, é um tipo de seleção onde o ambiente possui um papel fundamental. Por sua vez, a seleção cultural ocorre no ambiente social no qual o organismo está inserido, na medida em que este é passado de um indivíduo para outro, em geral, através de processos educacionais formais ou informais. Logo, tais determinações demonstram a “interação do organismo com o ambiente, que propiciam a seleção de variações aleatórias nos genes, nas respostas dos organismos e nas práticas culturais” (Martone, 2002, p. 168).

Como visto, o pressuposto teórico de Skinner (1981/2007) inclui a história da espécie e do indivíduo na história cultural. Sendo assim, Martone (2002) afirma que, uma vez assumido este modelo, o analista do comportamento deve, necessariamente, estar atento aos acontecimentos ocorridos no nível cultural. Sendo assim, o presente trabalho, ao se propor em compreender aspectos comportamentais de um problema como o dengue, situa o seu foco de análise na interação entre o segundo e o terceiro nível de seleção, o nível cultural. Contudo, não exclui o primeiro, pois, como visto, trata-se de um processo interativo.

Pelo nível cultural caracterizar de sobremaneira o comportamento humano, as questões comportamentais situadas neste nível têm se configurando como alvo de interesse de vários estudiosos da Análise do Comportamento, brasileiros (Andery, Micheletto & Sérgio, 2005; Andery & Sérgio, 1999; Dittrich, 2010; Sampaio,



2008; Sampaio & Andery, 2010; Machado, 2007; Machado & Todorov, 2008; Martinelli & Chequer, 2006; Martone, 2002; Todorov, 2004, 2005, 2006) e estrangeiros (Biglan, 1995, Glenn, 1986/2005a, 1987, 1988, 1989, 1991, 2004; Glenn & Mallot 2004/2005b; Mallot & Glenn, 2006; Guerin, 1992, 1994, 2001; Lamal, 1991; Mattaini, 1996, 2003a, 2003b; Skinner, 1953/1998, 1974/2006, 1981/2007, 1988/1995; Ulman, 2006), cujas produções científicas têm auxiliado na compreensão e busca de soluções para alguns dos problemas sociais atualmente enfrentados pela própria cultura que os criou, tais como o terrorismo (Mattaini, 2003; Sidman, 2003), a violência contra as mulheres (Zortea, Moraes & Borloti; Signal & Taylor, 2008) e o racismo (Guerin, 2005).

No âmbito da Análise do Comportamento, a cultura e suas práticas são compreendidas como ambientes e interações que ocorrem no nível social. Skinner (1953/1998) define o comportamento social como “o comportamento de duas ou mais pessoas em relação a uma outra ou em conjunto em relação ao ambiente comum” (p. 325). A cultura define “conjuntos de comportamentos que são ou não reforçados e/ou punidos por um grupo de pessoas em um ambiente comum” (Junior & De Souza, 2006, p. 30).

Segundo Skinner (1953/1998), o comportamento social (e o ambiente social, como conseqüência) surge porque um organismo é importante para outro como parte de seu ambiente. Desta forma, surge, então, a necessidade de uma análise voltada para o ambiente social e seus aspectos, uma vez que a cultura exerce um papel fundamental na determinação do comportamento humano. Neste sentido

(...) a cultura na qual o indivíduo nasce se compõe de todas as variáveis que o afetam e que são dispostas por outras pessoas. O ambiente social

em parte é o resultado daqueles procedimentos do grupo que geram o comportamento ético e a extensão desses procedimentos aos usos e aos costumes. (Skinner, 1953/1998, p.455).

Segundo Martone (2002), práticas culturais são selecionadas por sua eficiência ou não para a sobrevivência da cultura. Para que uma cultura sobreviva é importante a variabilidade de comportamentos de grupo, visto que tais comportamentos aumentam a probabilidade de sobrevivência do grupo e, conseqüentemente, da espécie frente mudanças decorrentes no ambiente (físico e social).

Biglan (1995) considera que todas as ações realizadas em conjunto por pessoas e grupos de uma determinada sociedade podem ser entendidas como práticas culturais. Segundo o autor, tanto os comportamentos individuais quanto os comportamentos dos grupos podem ser analisados em termos de tais práticas. Neste contexto, é interessante destacar o conceito de prática cultural proposto por Glenn (1988):

um conjunto de contingências entrelaçadas de reforçamento, no qual o comportamento e os produtos comportamentais de cada participante funcionam como eventos ambientais com os quais o comportamento de outros indivíduos interagem” (1988, p. 167).

A compreensão de tais práticas implica, segundo Biglan (1995), na definição das variáveis dependentes e independentes que permitirão a análise das influências do contexto sobre as práticas culturais. Nesta direção, o autor enfatiza a necessidade de definir variáveis dependentes como unidades de análise, que se aplicam tanto ao (1) comportamento individual quanto à ação do (2) grupo. No primeiro caso pode-se citar: (a) incidência (a frequência de comportamentos em uma determinada população) e (b) prevalência (a proporção

de pessoas em uma dada população que repetidamente se engajam no comportamento num período fixo de tempo). Já no segundo caso, o autor dividiu as práticas do grupo em dois tipos de organização: (1) *formal* (ações de governo, corporações de negócios, fundações, organizações da sociedade civil, partidos políticos, sindicatos trabalhistas e igrejas) e (2) *informal*: (famílias, casais estáveis, círculos de amigos, colegas de trabalho, dentre outros).

Logo, as variáveis das unidades de análise das práticas culturais seriam: (a) *probabilidade* (referida como a medida de previsão de ocorrência das ações de um grupo ou população, em termos de possibilidade da ação em uma direção); (b) *freqüência* (com que as ações do grupo ocorrem); (c) *incidência* (de ações em uma determinada população de referência) e (d) *prevalência* (número de grupos ou organizações em uma população definida que se engaja naquela ação durante um certo período de tempo)<sup>16</sup>. Neste contexto, Martinelli e Chequer (2006) afirmam que as unidades de análise propostas por Biglan (1995) possibilitam que as práticas culturais sejam investigadas em termos de ocorrência, de formas de manutenção e modificação das ações coletivas e de seus efeitos no ambiente. Logo, Biglan (1995) ressalta que a análise dessas relações funcionais, situadas no terceiro nível de seleção, deve estar focada no entrelaçamento das contingências controladoras do comportamento dos membros do grupo.

O estabelecimento de unidades de análise que auxiliam na descrição e compreensão de contingências comportamentais entrelaçadas culturalmente também foi proposto por Glenn (1986/2005; 1987; 1988; 1989; 1991; 1994, 2004) através dos conceitos de metacontingência e macrocontingência. Segundo Glenn

---

<sup>16</sup> É interessante ressaltar que Martinelli e Chequer (2006), consideram que as unidades de análise propostas por Biglan (1995) são semelhantes às unidades de análises utilizadas em determinadas áreas da saúde, como por exemplo, a epidemiologia.

(1989), “*metacontingências descrevem relações funcionais no nível cultural. Estas relações envolvem práticas culturais e seus produtos*” (p. 171). Tais produtos são considerados como “agregados” por aglomerarem os efeitos do comportamento de vários indivíduos e exercem o papel de conseqüências selecionadoras das práticas culturais das quais provém. Ou seja, o entrelaçamento das contingências comportamentais envolvendo o comportamento de vários indivíduos numa metacontingência gera resultados comuns em longo prazo (produto agregado) os quais não seriam possíveis de serem gerados pelo comportamento de apenas uma pessoa.

Ulman (2006) define o termo macrocontingência como “o conjunto de ações de dois ou mais indivíduos sob o controle de contingências comuns” (p. 96). Glenn (2004) também aborda este conceito e o compreende como a “(...) relação entre a prática cultural e a soma das conseqüências agregadas ao macro-comportamento que constitui a prática” (p. 142). Logo, os comportamentos dos indivíduos inseridos na prática cultural atuam em função de uma única conseqüência resultante da soma desses comportamentos. Ao contrário da metacontingência, como se verá a diante, o elemento chave que distingue uma unidade de análise da outra é a presença ou a ausência do entrelaçamento das contingências comportamentais das práticas culturais e seus produtos agregados. No exemplo da prática de combate ao dengue, pode-se adiantar que se um residente elimina um criadouro, o contexto discriminativo, o comportamento e a conseqüência do seu comportamento constituem uma contingência. Se vários residentes fazem o mesmo de um modo independente, a partir ou não de uma campanha educativa, tem-se uma macrocontingência. Se alguns residentes,

juntamente com agentes de saúde, constituem uma comissão de enfrentamento ao problema, e os residentes passam a agir de modo integrado ou entrelaçado para este objetivo comum, tem-se uma metacontingência. Neste contexto, é possível representar a prática cultural definida pelo PMCD/GV, delimitando contingências, metacontingências e macrocontingências em operação (ou, ao menos, planejadas para entrar em operação).

Malott e Glenn (2006) e Glenn e Malott (2004/2005b) disseram que a análise comportamental da cultura, a partir dos conceitos de macrocontingência e de metacontingência, pode gerar intervenções culturais ao considerar: (1) o número de pessoas ou atores cujos comportamentos contribuem para o produto somado ou agregado da prática (no caso, quantos agentes de saúde, gerentes ou residentes), (2) a variedade de topografias de respostas de todas essas pessoas que contribuem para esse produto (no caso, como instruem a população, como fiscalizam essa instrução, como destroem os criadouros, como armazenam o lixo urbano, etc.), (3) o *locus* da mudança que se quer (se no comportamento de um tipo de ator ou se na junção dos produtos comportamentais de todos os atores, de modo independente ou interdependente) e (4) a seleção das relações comportamentais envolvidas para se obter a mudança que se quer – se numa contingência, metacontingência ou macrocontingência.

Dessa forma, uma contingência se refere aos comportamentos individuais responsáveis pela manutenção e evolução de unidades comportamentais, ao passo que, uma metacontingência se refere ao comportamento do grupo, sendo esta responsável pela evolução e manutenção de práticas culturais. Quanto a macrocontingência, esta se caracteriza por ações conjuntas de dois ou mais

indivíduos sob controle de uma contingência comum (Ulman, 2006). Cada um destes três níveis de análise envolve um tipo de produto comportamental. Enquanto que em uma contingência o produto comportamental afeta apenas um indivíduo, em uma metacontingência o seu produto caracteriza-se como agregado – sendo o resultado de comportamentos operantes entrelaçados de várias pessoas, tendo um impacto sobre o grupo. Neste sentido, tanto contingência quanto metacontingência atuam selecionando comportamentos individuais e culturais. Numa macrocontingência não ocorre qualquer tipo de seleção, seu produto agregado caracteriza-se pela soma dos produtos comportamentais individuais, logo o “seu efeito é cumulativo e aditivo” (Machado e Todorov, 2008).

Numa análise comportamental da prática cultural de combate ao dengue, os comportamentos dos residentes e dos agentes de saúde estão intimamente relacionados aos produtos agregados do dengue. Assim, as formas de interação que o agente de saúde estabelece com a população, de modo a alterar comportamentos específicos dos residentes, tornam-se elementos-chave da prática cultural de controle ao dengue (outro elemento é o comportamento dos que treinam tais comportamentos no repertório dos agentes). Ao contrário, os comportamentos específicos dos residentes a serem alterados são elementos-chave da manutenção de práticas culturais perniciosas ao grupo, pois agravam o problema do dengue. Nesse sentido, pode-se afirmar que as políticas públicas podem ser analisadas através do conceito de metacontingência e a proliferação do mosquito transmissor do dengue, do de macrocontingência.

De acordo com Todorov, Moreira e Moreira (2005), o que une os comportamentos individuais em uma metacontingência é, justamente, a

conseqüência em longo prazo que afeta toda a sociedade ou um grupo de pessoas, como, por exemplo, em políticas públicas sobre o dengue: várias pessoas estão ligadas, se comportando de maneira a obter um produto final, um mesmo objetivo, que é a diminuição dos focos do mosquito. Nesse caso, as conseqüências geradas dos comportamentos entrelaçados selecionam novos comportamentos de prevenção ao vetor.

É interessante observar que vários autores vêm buscando compreender os fenômenos relacionados às práticas culturais, utilizando como ferramenta conceitual às unidades de análise explicitadas acima (contingências, metacontingências e macrocontingências). No Brasil, o uso do conceito na compreensão de situações sociais específicas é incipiente. Todorov (2005) analisou a constituição nacional como uma metacontingência; Machado e Todorov (2008) analisaram as metacontingências e macrocontingências responsáveis pelo condicionamento social ocorrido no trânsito da cidade de Brasília/DF, que se caracterizou pelo comportamento do motorista de parar antes da faixa para o pedestre atravessar a rua. Todorov, Martone e Moreira (2005) organizaram a primeira coletânea de artigos (a maioria teóricos) de pesquisadores nacionais que têm discutido a funcionalidade conceitual dessas unidades de análise da cultura (Sampaio & Andery, 2010; Tourinho, 2008).

Autores estrangeiros são os que mais têm analisado problemas sociais, objetivando clarificar os conceitos de metacontingência e macrocontingência. Dragen e Alavosius (2008) analisaram a segurança de ciclistas em vias públicas, concluindo que colisões com motoristas são diretamente o resultado de falhas na análise das contingências entrelaçadas que operam o comportamento de ambos.

Ellis e Magee (2007) descrevem um sistema educacional do serviço público a partir de unidades culturais entrelaçadas nos níveis federal, estadual e municipal e no nível das salas de aula individuais em cumprimento à lei americana equivalente à Lei de Diretrizes e Bases da educação no Brasil. Housmanfar e Rodrigues (2006) discutem os pontos de contato entre os conceitos de metacontingência e macrocontingência e, conseqüentemente, da Análise do Comportamento e da Análise Comportamental da Cultura. Os autores sugerem que um refinamento do conceito de metacontingência poderá levar a um paralelo deste conceito com o de contingência, que culminará na integração analítica entre os níveis individual e cultural do comportamento humano. Ulman (2006) clarificou os limites da unidade de análise macrocontingência usando, para isto, os protestos ocorridos no Brasil para reverter a desigualdade na distribuição das terras (a luta pela Reforma Agrária). Mattaini (2003a) analisou os determinantes da violência coletiva (terrorismo e *gangs* urbanas) e discutiu estratégias para a sua redução a partir da análise científica das práticas culturais que definem esta modalidade de violência. Lamal (2001) estudou mudanças na política educacional de nível superior nos EUA e como elas afetam o comportamento de alunos, professores, funcionários e administradores ao se efetivarem como contingências entrelaçadas. Bohrer e Ellis (1998) descreveram as metacontingências presentes nas práticas culturais de ambientes de trabalho do setor privado como, por exemplo, o *shopping center*.

Na temática deste estudo, então, o Programa Municipal de Controle ao Dengue do município de Governador Valadares/MG (PMCD/GV) é considerado uma prática cultural porque é constituído pelos comportamentos de diretores,



gerentes, supervisores e agentes que, mantidos por contingências comportamentais entrelaçadas, formam uma metacontingência para gerar como produto agregado a redução dos índices de infestação pelo *Aedes aegypti*. Diretores, gerentes, supervisores e agentes de saúde são atores encarregados ou nomeados pelo governo para garantir o produto agregado. Esta garantia depende do comportamento dos residentes, atores não governamentais da prática. Dentre todas as modalidades de comportamento do agente de saúde estão os comportamentos profissionais técnicos e de habilidades sociais necessários aos objetivos de uma educação em saúde.

### **3.2. Comportamento Social e Aprendizagem Social**

Há cinco anos, Nunes e Martinelli (2005), através de um estudo de campo sobre processos comportamentais envolvidos na interação do agente de saúde do PMCD com a população de GV, verificaram que o comportamento do agente de saúde é descrito pelos residentes como respostas não verbais de inspeção da residência para a eliminação física ou química de potenciais criadouros do *Aedes aegypti*. Ou seja, seus comportamentos são execuções de procedimentos para o cumprimento de regras relacionadas aos criadouros e não ao comportamento do residente que torna possível ou mantém tais criadouros. Apesar da diretriz da FUNASA (Brasil, 2001; 2002a; 2002b; 2006), praticamente, não há execuções de procedimentos interativos com o residente, tais como a instrução (ou “orientação educativa”) concomitante, por exemplo, à eliminação física de um criadouro; a

modelagem direta desse comportamento no repertório do residente por meio do comportamento do agente não foi observada. Outro dado desse estudo é que poucos agentes de saúde solicitaram o acompanhamento do residente ou responsável durante as inspeções do imóvel. Isto é preocupante, uma vez que a FUNASA (Brasil, 2001) deixa bem clara a necessidade desse acompanhamento ao ditar que

Em cada visita ou inspeção ao imóvel, o Agente de Saúde deve cumprir sua atividade em companhia de moradores do imóvel visitado, de tal forma que possa transmitir informações sobre o trabalho realizado e cuidados com a habitação (Brasil, 2001 p.37).

Neste sentido, os autores observaram que os agentes de saúde deixam de emitir ou emitem em baixa frequência comportamentos (procedimentos) fundamentais na execução das inspeções, sendo válido ressaltar que tais comportamentos estão relacionados diretamente com as formas de interagir com a população que, supostamente, garantirão a instrução das ações de combate ao vetor e, conseqüentemente, redução dos índices de infestação.

A partir deste ponto, é importante o início de uma discussão sobre aprendizagem de comportamentos sociais que constituem práticas culturais. Esse aprendizado envolve três categorias de processos de ensino-aprendizagem que devem ser levadas em consideração: modelação, instrução e modelagem.

A modelação é um processo de ensino-aprendizagem por observação, como quando o residente imitaria a ação do agente, de destruir um criadouro de vetores. No processo de aprendizagem por instrução o comportamento do residente passaria a ser emitido pelo seguimento da descrição, por parte do agente, de uma contingência envolvida (*“Quando você destrói um criadouro, você*

*evita o crescimento das larvas do mosquito*”). No processo de aprendizagem por modelagem, o agente reforçaria passo a passo, e por aproximações sucessivas, o comportamento final desejado. Para ser mais eficiente, o agente poderia combinar modelagem, instrução e modelação: *“Olhe como eu faço; estou destruindo o criadouro para evitar o crescimento das larvas. Agora é sua vez. Vai lá você e destrua aquele debaixo da árvore. Isto mesmo, muito bem”*.

A aprendizagem com outras pessoas é especialmente importante para os seres humanos. Pode-se achar que é algo banal, por ser um tipo de aprendizagem que ocorre a todo o momento, porém, ela é fundamental para a ampliação do repertório comportamental de cada ser humano, seja nas relações formais ou nas informais.

Aprender com os outros é algo essencial e dentro desse tipo de aprendizagem há outros elementos como a observação e imitação. A observação se baseia na própria observação do comportamento de um outro organismo. Já a aprendizagem por imitação se diferencia no fato de que o comportamento do observador é o mesmo comportamento que ele observou, ou seja, o observador não aprende os processos da aprendizagem nem tampouco das contingências, ele apenas copia uma topografia de comportamento que foi observada por ele anteriormente e que deverá ser reproduzida. No caso da ação de um agente de saúde nos PCD's, o residente pode imitar o comportamento adequado e pode aprender observando o agente emitir o comportamento adequado.

Com relação às questões de aprendizagem, e em conjunto com a problemática do dengue, pode-se ter uma visão mais ampla de como a Análise do Comportamento é uma ciência que pode ajudar em uma parte fundamental do

PMCD/GV: o relacionamento interpessoal entre agente de saúde e residente. Todas essas questões levam ao fato de que o treinamento dos agentes não deve ser voltado apenas para a questão técnica de como prevenir ou erradicar a doença, mas também, como fazer com que a população entenda a importância de se comportar de maneira adequada para que em conjunto possa haver uma melhora significativa nos números epidemiológicos da cidade.

Quando se discutem as práticas culturais de prevenção e combate ao dengue fica evidente que um dos fatores fundamentais no seu controle é a ocorrência e a manutenção de comportamentos individuais e coletivos associados à eliminação dos ambientes que favorecem a reprodução dos vetores. Portanto, um dos papéis da Análise do Comportamento frente a este problema social se define pela análise dos processos comportamentais relacionados à ocorrência desta doença e pela identificação de procedimentos capazes de promover a *qualidade de vida*<sup>17</sup> humana a partir do estabelecimento de repertórios comportamentais que contribuem para garantia da saúde individual e coletiva.

---

<sup>17</sup> Adota-se aqui o conceito de qualidade de vida de Forattine (2004). De acordo com o autor, qualidade de vida é uma expressão que define o grau de satisfação atingido pelos indivíduos ou população, no que diz respeito a suas necessidades consideradas fundamentais. Para o autor, o termo em sua essência, corresponderia "... *ao bem estar físico, mental e social da OMS, em sua definição de saúde ...*" (Forattine, 2004, p. 564). Sob um ponto de vista epidemiológico, Forattine (2004) afirmam que o fator qualidade de vida pode ser considerado a partir de dois enfoques: individual e coletivo. O primeiro refere-se aos casos em que ao serem atingidos por agravos à saúde, sofrem decréscimo de sua capacidade funcional. O segundo, de maneira análoga ao primeiro, refere-se às condições ambientais e estruturais que se desenvolvem na sociedade, cujos determinantes incluem questões de ordem ambientais, urbanas, habitacionais, sanitárias e sociais.

## **CAPÍTULO 4 - MÉTODO**

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e documental com abordagem quantitativa e qualitativa, realizado com servidores e documentos da Gerência de Controle de Zoonoses do Departamento de Saúde Coletiva da Secretaria Municipal de Saúde do município de Governador Valadares.

### **4.1. Fontes de dados**

#### **4.1.1. Documentos**

Incluiu documentos gerados pela ação da Gerência de Controle de Zoonoses (GCZ) de Governador Valadares/MG (GV), referentes aos anos de 2000 a 2009, a saber: registros escritos de fatos da história do dengue, de reuniões, de planos de trabalho e de pareceres técnicos (Histórico sobre a entrada do vetor *Aedes aegypti* no município; Plano de Contingência de Combate ao Dengue; Atas do Conselho Municipal de Combate ao Dengue e Programa Municipal de Controle do Dengue); dados epidemiológicos (índice de casos notificados e confirmados de dengue; Índice de infestação do vetor *Aedes aegypti*)

#### **4.1.2. Participantes**

A amostra de participantes da presente pesquisa foi composta por servidores públicos inseridos no PMCD/GV com enquadramento funcional de agente de saúde.

## 4.2. Instrumentos

**1. Inventário de Habilidades Sociais (IHS-DelPrette, 2001):** caracteriza-se como um instrumento de auto-relato que avalia o repertório de habilidades sociais, em uma amostra de descrições de situações interpessoais cotidianas. Este instrumento é composto de 38 itens agrupados em cinco fatores: F1 – enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 – auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 – conversação e desenvoltura social; F4 – auto-exposição a desconhecidos e situações novas; e F5 – autocontrole da agressividade. De acordo com uma escala, apresentada no formato Likert com 5 pontos (1. nunca ou raramente, 2. com pouca freqüência, 3. com regular freqüência, 4. muito freqüentemente e 5. sempre ou quase sempre) o respondente marca a freqüência com que reage da forma apresentada em cada item. Segundo os autores (Z. Del Prette & A. Del Prette, 2001), os resultados apurados por este instrumento permitem identificar o valor do escore total e dos escores fatoriais. Um repertório de habilidades sociais é considerado “deficitário”<sup>18</sup> quando se apresenta abaixo do percentil 50; quando se apresenta acima do percentil 50, é considerado um repertório com “recursos disponíveis”<sup>19</sup>.

**2. Questionário Profissional:** trata-se de um instrumento construído para esta pesquisa com o objetivo de coletar dados gerais sobre a atuação profissional dos agentes de saúde: perfil sócio demográfico, processo de inserção e

---

<sup>18</sup> Segundo Del-Prette (2001) o “repertório deficitário” está associado a dificuldades e conflitos nas relações interpessoais.

<sup>19</sup> Segundo Del-Prette (2001) os “recursos disponíveis” são aspectos do ambiente social de pessoas socialmente competentes que apresentam relações pessoais e profissionais mais produtivas, satisfatórias e duradouras.

treinamento no PMCD/GV, satisfação com o trabalho e atitudes e crenças sobre o problema da dengue (anexo 3).

### **3. Check List de Observação e Registro do Comportamento**

**Interpessoal Profissional:** registrou a frequência dos comportamentos técnicos e comportamentos interpessoais indicadores de habilidades sociais no repertório profissional dos agentes de saúde emitidos durante a visita de inspeção residencial (anexo 4). A construção deste instrumento foi baseada nos fatores do Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001), descritos no item anterior, e nos elementos componentes das habilidades sociais descritos por Caballo (2003). Os itens foram adaptados segundo a realidade profissional do agente de saúde do PMCD/GV, constatada na pesquisa que derivou a monografia de Graduação da autora (Nunes, 2005).

### **4.3. Procedimentos de Coleta de Dados**

Os procedimentos de pesquisa foram realizados em 5 etapas:

**1ª Etapa – Avaliação dos Aspectos Éticos:** após o exame de qualificação, este projeto foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce (UNIVALE). O mesmo obedeceu à Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996). A coleta de dados foi iniciada somente depois de concedido parecer favorável (apêndice 1).

**2ª Etapa – Contato com a GCZ:** foi enviada à GCZ cópia do projeto da pesquisa desta dissertação, possibilitando aos gerentes do PMCD/GV o

conhecimento dos propósitos e método deste estudo. Juntamente com o projeto, foi enviado também uma carta de apresentação da pesquisadora (anexo 1), que solicitou autorização e apoio para: (a) acesso aos registros documentais do PMCD/GV; (b) contato com as turmas de agentes de saúde do PMCD/GV; (c) acompanhamento do agente de saúde do PMCD/GV durante a realização do seu trabalho de campo.

**3ª Etapa – Pesquisa Documental:** os registros documentais fornecidos pela GCZ/PMCD/GV foram utilizados para descrever a prática cultural de interesse do presente estudo. A realização desta atividade se deu nas dependências da GCZ/PMCD/GV. O período de seleção de documentos foi de 2000 a 2009.

**4ª Etapa – Contato com os Agentes de Saúde e Aplicação de Instrumentos:** o contato com as turmas de agentes de saúde foi realizado no endereço de localização do Ponto de Apoio (PA) de cada turma. Na ocasião, os agentes de saúde foram informados e convidados para participarem do presente estudo. O consentimento para a participação foi registrado em formulário de TCLE (anexo 2). Em seguida, foi agendada com o supervisor dos agentes de saúde uma data para a aplicação coletiva dos instrumentos de coleta Questionário Profissional (QP) e Inventário de Habilidades Sociais (IHS). A aplicação do QP ocorreu no turno matutino (antes das atividades de campo dos participantes) e do IHS, no turno vespertino (após as atividades de campo dos participantes). A duração da aplicação de cada instrumento foi de 30 minutos em todas as turmas.

**6ª Etapa – Observação e Registro do Comportamento Interpessoal durante o Trabalho de Campo:** para a etapa de observação do trabalho de



campo dos agentes de saúde foram selecionados 30 agentes. Os resultados obtidos com a aplicação do Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001) foram utilizados como critério selecionador desses 30 participantes: 15 agentes de saúde que apresentaram resultado igual ou inferior ao percentil de 30 no IHS e 15 agentes de saúde que apresentaram resultado igual ou superior ao percentil de 70 no IHS. Foram formados dois grupos de análise: (G1) agentes de saúde com repertório deficitário em HS (habilidades sociais); (G2) agentes de saúde com recursos disponíveis em HS. Os critérios de escolha desses 30 agentes foram omitidos aos próprios participantes escolhidos e a identidade dos mesmos foi mantida em sigilo. Conforme permite a Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996), para garantir a obtenção de dados não enviesados pelo conhecimento da *Check List* de Observação e Registro do Comportamento Interpessoal Profissional, a mesma não foi acessada pelos agentes de saúde.

#### **4.4. Proposta de Tratamento e Análise dos Dados**

Os dados documentais fornecidos pela GCZ-PMCD/GV foram sistematizados e agrupados de acordo com os objetivos desta pesquisa. A descrição da prática cultural PMCD/GV-MG, assim como sua representação gráfica, foi inspirada nos estudos realizados por Mattaini (1996), Machado (2007) e Machado e Todorov (2008).

Os dados coletados com a aplicação do QP foram tabulados a partir das respostas aos itens. Em seguida, foram analisados com o auxílio do sistema de

estatística *SPSS 17.0 for Windows* que envolveu análise de freqüências e médias. Procedeu-se da mesma forma com os dados coletados com utilização da *Check List* de Observação e Registro do Comportamento Interpessoal Profissional. As informações obtidas com a aplicação do instrumento IHS-DelPrette foram apuradas pelos critérios estabelecidos no seu manual (Dell Pretti & Dell Pretti, 2001).

## **CAPÍTULO 5. RESULTADOS e DISCUSSÃO**

Neste Capítulo os resultados obtidos são apresentados e discutidos em tópicos segundo os objetivos da pesquisa, cumpridos a partir da análise de dados das fontes pesquisadas e dos instrumentos aplicados.

### **5.1. Aspectos Históricos da Prática Cultural do Programa Municipal de Controle da Dengue<sup>20</sup> de Governador Valadares**

Segundo Santos (2008), o fenômeno dengue é conhecido pelo município de Governador Valadares/MG desde o final da década de 80. Antes de 1986 e até o final do 3º trimestre de 1987, o vetor *Aedes aegypti* ainda não havia se espalhado pela cidade e regiões próximas. O trabalho de controle era realizado de forma esporádica por equipes volantes que também percorriam outros municípios considerados, assim como Governador Valadares, vulneráveis. É válido destacar que Governador Valadares, popularmente, é vista como uma cidade “muito quente”. Meteorologicamente, possui índices pluviométricos e temperaturas ideais para proliferação do mosquito *Aedes aegypti*, principalmente na época do verão.

Os primeiros focos do vetor *Aedes aegypti* surgiram no final do ano de 1987, quando foi observado um crescimento significativo e preocupante em seus índices, sendo necessário o deslocamento de 120 agentes de saúde do ex-

---

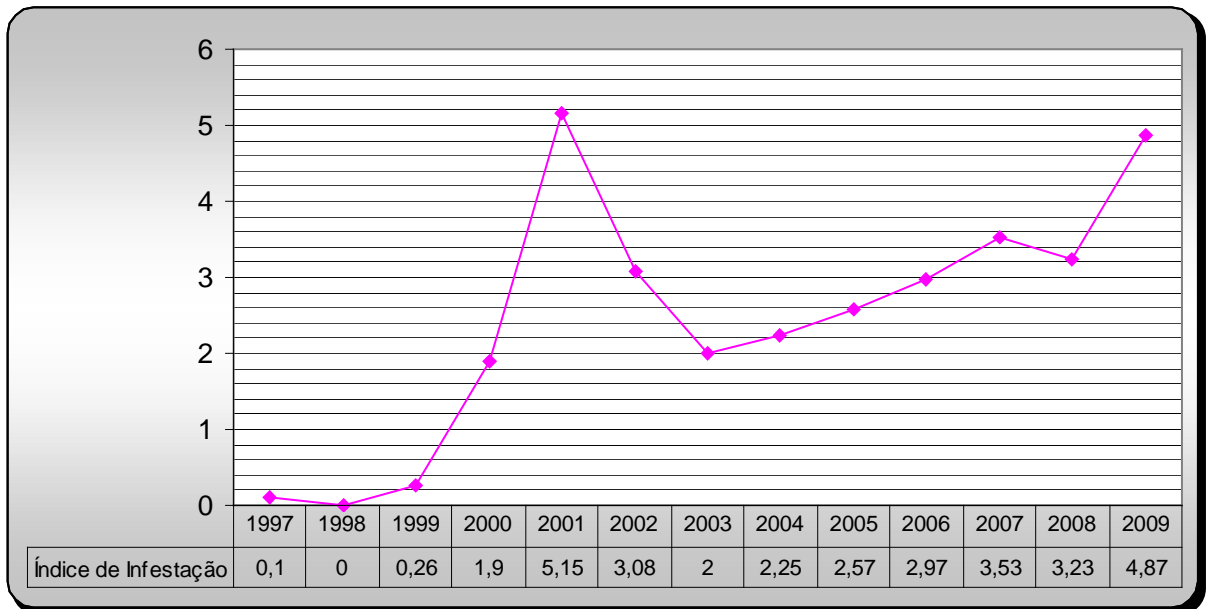
<sup>20</sup> O PNCD e PMCD/GV utiliza o termo dengue no gênero feminino. Sendo assim, neste capítulo a palavra dengue será utilizada tanto no gênero masculino quanto no feminino.

Distrito Sanitário da SUCAM (localizado, naquela época, na cidade de Teófilo Otoni/MG) para a cidade de Governador Valadares (Santos, 2008). Para Santos (2008), nesse período, cinco bairros da cidade com proximidade geográfica (a saber: Morro do Querosene, Morro do Carapina, Grã Duquesa, N. Sra das Graças e Santa Helena) apresentavam focos de *Aedes aegypti*. Outro fator destacado por Santos (2008) na explicação dos altos índices de infestação pelo vetor do dengue, é que esses bairros se localizam próximos ao leito da ferrovia Vitória/ES – Minas Gerais, ao passo que situação contrária era observada nos bairros localizados próximos às rodovias que cortam a cidade, dentre elas a BR 116. Atualmente, segundo a GCZ, os bairros localizados as margens da rodovia federal citada, são os que mais apresentam índices altos infestação. É interessante destacar que os principais fluxos migratórios de Governador Valadares se dão pelas rodovias e ferrovias. Neste contexto, essa observação é devida, pois, como visto no Capítulo 1, o intercâmbio comercial através do tráfego aéreo, terrestre e marítimo, que, em suas respectivas velocidades, são elementos que podem facilitar a propagação do vírus dengue (Foratine, 2004)

Nesse contexto, objetivando controlar a infestação do vetor *Aedes aegypti*, muitos esforços foram realizados pelo serviço de Saúde Pública daquela época, denominado de FUNASA, o qual obteve bons resultados. A partir do ano de 1993 a situação estava controlada, tendo a mesma perdurada até o final do ano de 1999. Entretanto, segundo Santos (2008), as ações de controle continuaram sendo realizadas em “níveis relativamente confortáveis” (p.2), ou seja, pouco efetivos, o que, na opinião deste autor, constituiu-se como um dos fatores responsáveis pelo agravamento do dengue no município a partir do ano de 2000. O

Gráfico 1 apresenta o registro dos índices de infestação por *Aedes aegypti* em Governador Valadares durante os anos de 1997 a 2009.

Gráfico 1 . Distribuição dos Índices Anuais de Infestação por *Aedes aegypti* entre os anos de 1997 a 2009.



Quanto à presença da doença dengue na região, os primeiros casos surgiram por volta do ano de 1994. Embora o vetor *Aedes aegypti* estivesse presente na cidade de Governador Valadares e regiões, Santos (2008) destaca que até as últimas semanas do ano de 1990 o estado de Minas Gerais não apresentava autoctonia de dengue,

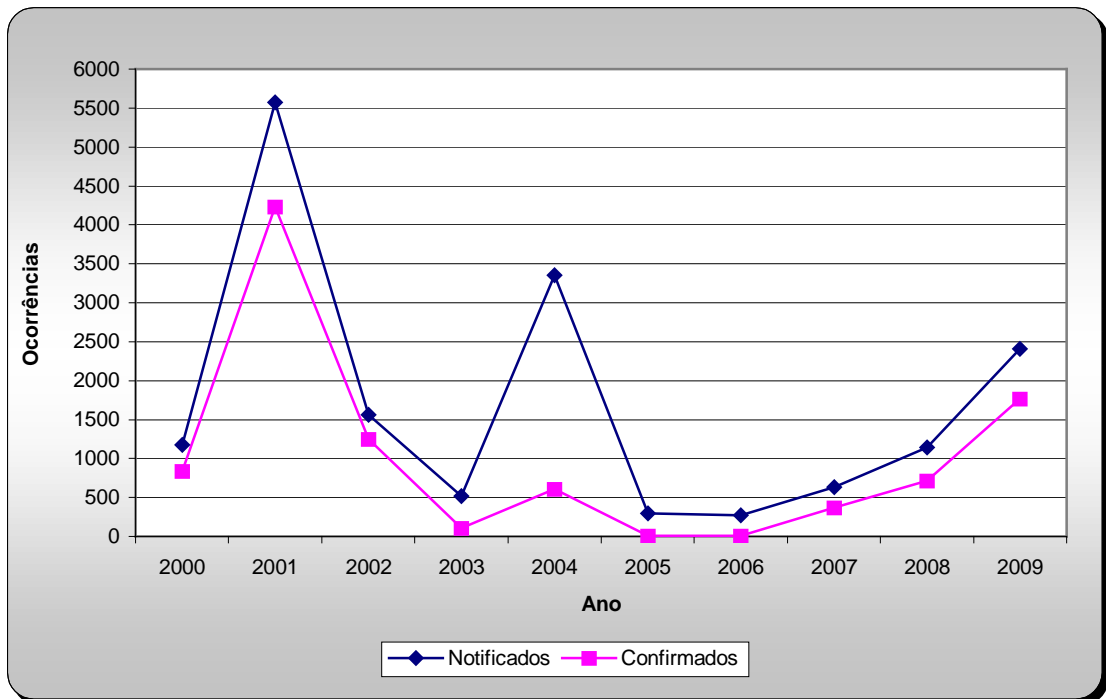
Os casos registrados provinham de outros estados, constituindo-se então em casos importados. Devido a esse fato, atravessou-se um período de grande infestação do vetor, porém sem a ocorrência de casos ou surtos, mas também com todas as fronteiras abertas, para que uma grande epidemia pudesse explodir a qualquer momento! (Santos, 2008, p.1)

Para título de informação, é necessário ressaltar que, com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS a partir da segunda metade da década de 1990,

aconteceu o processo de descentralização das ações da FUNASA, cabendo à cada município a responsabilidade de realizar o controle das doenças transmitidas por vetores (DTV's). Nesse contexto, foram estabelecidas várias ações administrativas para o controle de DTV's, dentre elas os programas de níveis estaduais e municipais, que estavam subordinados aos de níveis nacionais, como, por exemplo, o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD).

Paralelo às mudanças que estavam ocorrendo nas esferas governamentais do sistema de saúde pública, especificamente, nas ações de controle e prevenção ao dengue, ocorreu uma modificação no cenário epidemiológico de Governador Valadares. Segundo Santos (2008), a partir do ano de 2000, o município começou a enfrentar momentos críticos, tendo notificado mais de 1.100 casos suspeitos, confirmando-se 71% deles como sendo dengue. Conseqüentemente, segundo registros epidemiológicos da GCZ (2006), em 2001 a cidade sofreu sua primeira epidemia de dengue, que registrou 5.500 casos suspeitos, com confirmações superiores a 76%. Mesmo em meio a esforços contínuos (visitas de inspeção, campanhas educativas, dentre outros) objetivando controlar os índices de infestação vetorial por *Aedes aegypti*, epidemias voltaram a ocorrer nos anos de 2004 e, recentemente, em 2009, acometendo milhares de cidadãos valadarenses com a doença dengue (Gráfico 2). Quanto à circulação do sorotipo do vírus, Santos (2008) destaca que entre os anos de 2000 e 2001 predominou o tipo 1 e 2, estando o mesmo com baixa incidência entre os anos de 2003 a 2007, sendo reintroduzido no final de 2008. Para os anos de 2004 a 2008 predominou o vírus do tipo 3.

Gráfico 2 . Distribuição dos Casos Notificados e Confirmados de Dengue por ano



Tendo em vista os índices de infestação do *Aedes aegypti* no município e a vulnerabilidade da população valadarense ao dengue, a GCZ, com o objetivo de estabelecer novas estratégias para o enfrentamento deste problema, criou, no ano de 2005, o “Comitê Municipal de Combate à Dengue de Governador Valadares”, um grupo envolvendo diversos representantes da sociedade governamental e civil, dentre eles: Secretária Municipal de Saúde – SMS e dois de seus setores (Gerência de Controle de Zoonoses - GCZ e Gerência de Epidemiologia – GEPI), Secretária Municipal de Educação – SMED, Secretária Municipal de Ação Social – SMAS, Secretária Municipal de Obras – SMO, Serviço Autônomo de Água e Esgoto – SAAE, FUNASA, Universidade Vale do Rio Doce – UNIVALE, Serviço Social do Comércio – SESC, Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial – SENAC, Serviço Social da Indústria – SESI,

Companhia Energética de Minas Gerais – CEMIG, Associações de Bairro, Universidade Vale do Rio Doce. As atividades do comitê então instituído somaram-se às ações de controle já existentes e executadas pela GCZ. A sociedade valadareense, então, através de representantes das instituições acima citadas, começou a se envolver de forma efetiva na busca de soluções para o enfrentamento do problema dengue.

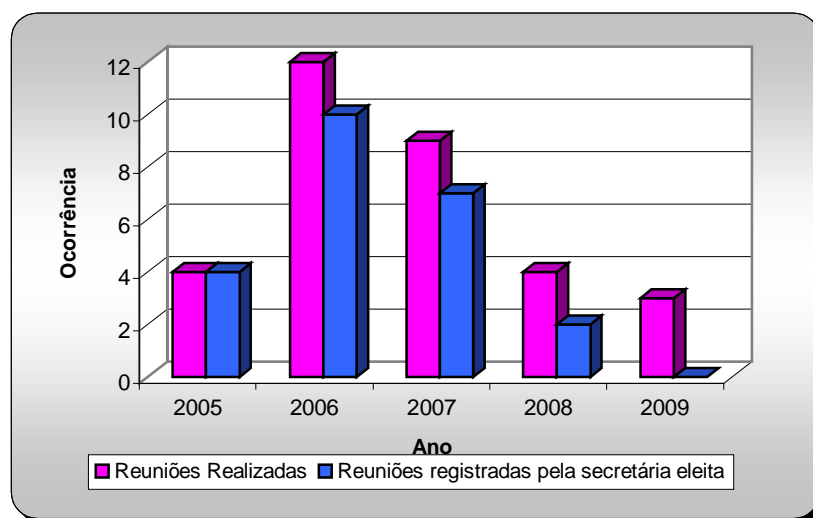
Para uma melhor compreensão da organização e das ações da prática cultural denominada de Comitê Municipal de Combate à Dengue, bem como do contexto macrocontingencial do seu surgimento, analisou-se as atas que registraram as reuniões do Comitê entre os anos de 2005 a 2009. Com base nos registros dispostos, a prática cultural descrita compôs-se de atores que se dividiram para trabalhar (ou recrutar, selecionar e educar atores para trabalhar) em três categorias de práticas culturais dentro da própria prática do Comitê: 1) Práticas Administrativas; 2) Práticas Educativas e 3) Práticas Preventivas. As práticas administrativas caracterizaram as ações de caráter operacional e legislativo, ou seja, aquelas que geraram como produto agregado registros documentais, contratação de servidores, compra de material para trabalho dos agentes de saúde, dentre outros. As práticas educacionais são aquelas com caráter educativo, ou seja, atividades com a finalidade de produzir conhecimento, como seminários e palestras; essas últimas feitas em escolas e praças públicas onde havia distribuição de panfletos informativos, teatro, música, dança e outras manifestações culturais. Por fim, as práticas denominadas preventivas são aquelas de caráter mecânico, atividades que os agentes executaram como



medidas de controle e prevenção do mosquito: visitas domiciliares, aplicação de larvicidas, limpeza e fechamento de caixas d'água, dentre outras.

De acordo com o que ocorreu nas práticas culturais instituídas pela grande prática denominada Comitê de Combate ao Dengue, pode-se observar que nos anos de 2005, 2007 e 2008 houve mais discussões sobre práticas administrativas com relação às outras práticas (sendo  $n=4$ ,  $n=9$  e  $n=4$ , respectivamente). No ano de 2008 não houve nenhuma discussão sobre práticas preventivas nas 4 reuniões realizadas. É importante observar que o ano de 2006, para o Comitê, foi um ano de excelência: ao longo de todo o ano houve 12 reuniões sendo que foram discutidas e definidas 11 práticas administrativas, 12 educacionais e 8 preventivas. Verificou-se que durante os anos de 2008 e 2009 as reuniões do comitê foram menos freqüentes. Observou-se que houve uma variação na qualidade e quantidade do texto do registro das atas: atas que não foram redigidas pela secretária eleita do comitê apresentavam mais erros de sintaxe e grafia e menor extensão do texto (Gráfico 3).

Gráfico 3 . Distribuição das reuniões realizadas pelo Comitê Municipal de Combate a Dengue de GV



No ano de 2006, como resultado do trabalho do Comitê Municipal de Combate a Dengue, foi elaborado, de forma sistemática, o Programa Municipal de Controle da Dengue - PMCD/GV cujos principais objetivos e metas foram:

- Reduzir a infestação pelo vetor *Aedes aegypti*, com índice predial<sup>21</sup> inferior a 1% durante o ano;
- Evitar grandes incidências de dengue, reduzindo em 75% o número de casos de 2005 em relação a 2004 e, nos anos seguintes, 25% a cada ano;
- Evitar letalidade por febre hemorrágica de dengue.

Uma das maiores dificuldades identificadas pelo PMCD/GV, na época de sua instituição (2006) e nos dias de hoje também, se refere à falta de colaboração da população residente na eliminação de depósitos favoráveis à proliferação do vetor *Aedes aegypti*, localizados em diversos locais de seus imóveis. Neste contexto, o PMCD/GV destaca como desafio para o município o crescimento de atividades de mobilização social e participação comunitária voltadas para o controle do dengue. Sobre esta questão, é válido destacar o seguinte trecho registrado no documento da PMCD/GV:

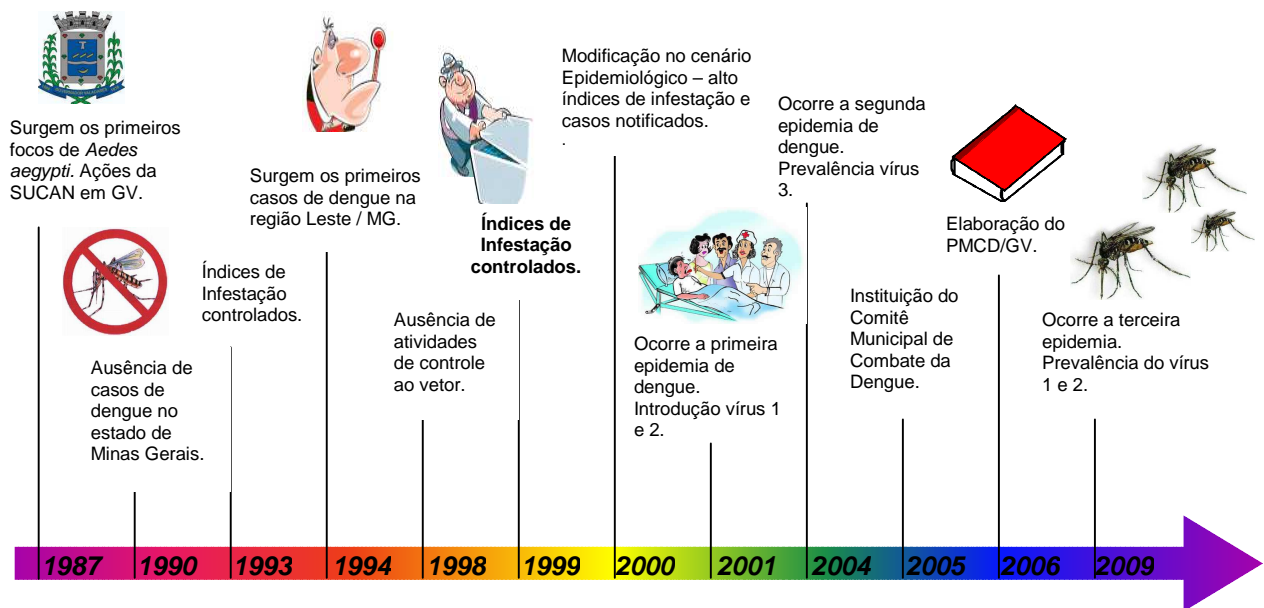
A população precisa entender que se mantivermos menos de 1% dos imóveis sem foco, não teremos mais problemas com dengue. Mas, isto gera mudança de hábito e, para conseguirmos é necessário que os agentes de saúde conversem mais com os moradores, que os governos invistam mais em material educativo, que os comerciantes/associações de bairro criem slogans nas embalagens, façam gincanas nas escolas, coloquem faixas nos bairros mais infestados. (PMCD/GV, 2006, p.3).

---

<sup>21</sup> O Índice de Infestação Predial se refere à quantidade de imóveis onde se encontra as larvas do mosquito *Aedes aegypti*. Outro índice mensurado nos trabalhos de controle ao dengue é o de Breteau que refere a quantidade de depósitos onde se encontra as larvas deste vetor.

A partir deste delineamento histórico pode-se observar que estratégias como a criação do Comitê de Combate ao Dengue e, conseqüentemente, o PMCD/GV, foram extremamente importantes para o controle, a prevenção e a tentativa de erradicação do vetor *Aedes aegypti* na cidade de Governador Valadares. A Figura 1 exibe a linha do tempo com os principais acontecimentos sobre o vetor *Aedes aegypti* e a doença dengue na cidade de Governador Valadares, conforme descritos neste item.

Figura 1. Dengue - Linha do Tempo em Governador Valadares



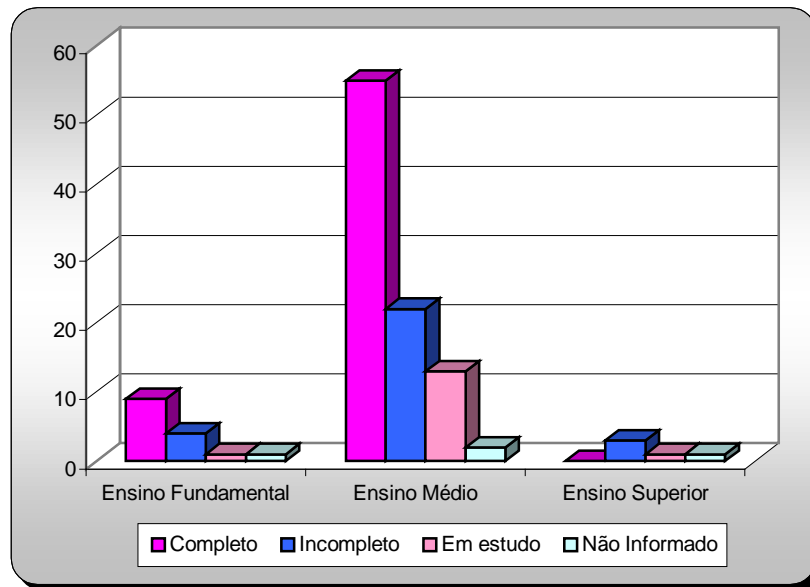
## 5.2. Dados obtidos com o Instrumento Questionário Profissional (QP)

### 5.2.1. Perfil do Agente de Saúde do PMCD/GV

O PMCD/GV possui um total de 145 agentes de saúde, distribuídos em 19 equipes de trabalho. Todas as equipes foram visitadas e seus integrantes foram submetidos à aplicação dos instrumentos QP e IHS-Del-Prette (2001), totalizando uma participação de 77% (n=112) dos servidores lotados na função de agente de saúde. Não houve recusa de nenhum dos participantes, entretanto, verificou-se ausência de 23% (n=33) dos profissionais, quando no momento da aplicação dos instrumentos QP e IHS. Os fatores folga, licença de saúde e férias foram informados como justificativa de ausência.

A equipe de agentes de saúde do PMCD/GV é composta, em sua maioria, por profissionais do sexo masculino em relação ao feminino. Os homens representaram 85,71% (n=96) e as mulheres 14,28% (n=16) da amostra pesquisada. A idade variou entre 19 e 61 anos, tendo registrado maior ocorrência para a faixa etária de 21 a 25 anos (30,35%, n=34), seguida da de 26 a 30 anos (18,75%, n=21). Quanto à escolaridade, o ensino médio (completo, incompleto ou em curso) foi o nível de instrução mais informado (82,14%, n=92) em relação aos níveis fundamental (13,39%, n=15) e superior (4,46%, n=5), também em algum nível de conclusão. Verificou-se que 57% (n=64) dos agentes de saúde concluíram o nível de instrução informado, 13,4% (n=15) encontram-se em estudo, 25,9% (n=29) possuem a escolaridade incompleta e 3,6% (n=4) participantes não informaram este dado. A distribuição da conclusão da escolaridade por nível de instrução está representada no Gráfico 4.

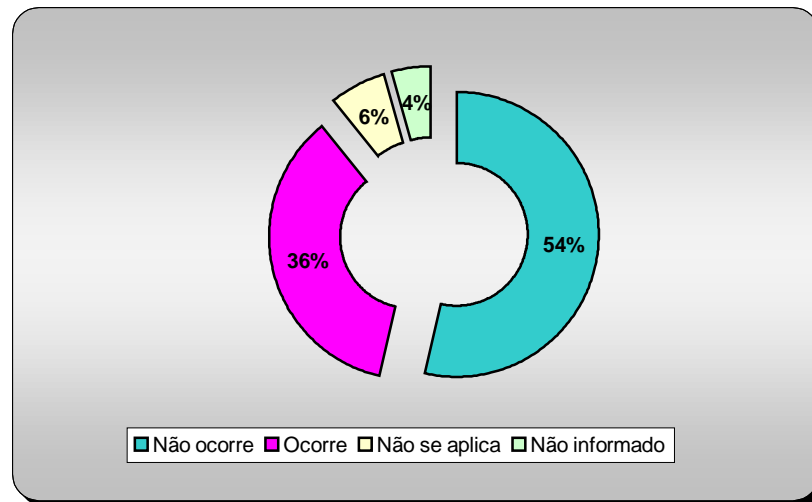
Gráfico 4 . Distribuição da Conclusão da Escolaridade por Nível de Instrução:



Ainda sobre o perfil sócio demográfico, um dado importante a ser destacado é a correspondência do bairro de residência do agente de saúde do PMCD/GV com o bairro de sua atuação profissional. Antes, torna-se necessário esclarecer que o trabalho de campo desses profissionais está organizado e dividido pela metodologia de estratos geográficos. Logo, o agente de saúde que está inserido no PMCD/GV não exerce suas atividades profissionais apenas em um bairro, e sim, em vários outros. Ao observar se dentre os bairros de atuação profissional dos participantes estava incluído o seu bairro de residência domiciliar, verificou-se esta inclusão em 36% (n=40) dos agentes de saúde, tendo sido registrado a ausência da mesma em mais da metade dos participantes (54%, n=60). Não foi possível a realização desta análise em 9,82% (n=11) dos participantes, pois alguns agentes de saúde não informaram o bairro de residência (4%, n=5), tendo os demais participantes (6,25%, n=7) atuação profissional em pontos estratégicos

(clubes com piscina, borracharias, floriculturas, entre outros) situados em vários bairros da cidade e em regiões rurais (Gráfico 5).

Gráfico 5 . Distribuição da Correspondência entre o Bairro de Atuação Profissional e o Bairro de Residência Domiciliar



É interessante destacar que a maioria dos agentes de saúde do PMVD/GV/MG é do sexo masculino, jovem e não trabalha na intervenção do dengue nos seus bairros residenciais de origem. Uma pergunta para discussão é: o sexo interfere no relacionamento com os residentes? O primeiro fator importante a ser levado em consideração para se responder a esta pergunta pode ser abstraído do estudo de Pedrosa e Teles (2001), que teve o objetivo de avaliar consensos e diferenças em equipes de um Programa de Saúde da Família a partir do sexo (masculino e feminino) dos seus agentes de saúde. Os autores justificam o problema da pesquisa afirmando que o gênero é um fator fundamental para se estabelecer um relacionamento satisfatório com as famílias visitadas pelos agentes. Existem famílias que, preferencialmente, recebem agentes do sexo feminino mais tranquilamente do que agentes do sexo masculino; na pesquisa

realizada os autores identificaram que durante as visitas desses últimos, algumas donas de casa ficam receosas. Entretanto, o presente estudo, ao contrário do de Teles e Pedrosa (2001), compreende que o sexo do agente de saúde não se configura como o fator problema na interação com o residente. Entende-se que o elemento-chave para o sucesso do trabalho destes profissionais está relacionado, junto à competência técnica, com a sensibilidade de perceber e habilidade social de interagir com as pessoas do ambiente social a sua volta, independente do seu sexo.

Observou-se que os bairros em que os agentes de saúde atuam, em sua maioria, não são os mesmos em que eles residem, isso porque o procedimento utilizado para a separação dos bairros por agentes é o de estrato geográfico, que os distribui aleatoriamente nos bairros. Quando se fala de um trabalho que envolve educação cultural e modificação de comportamentos, como é o caso do dengue, entende-se que seria relevante uma atuação estável e contínua desses profissionais nos bairros em que atuam, ou seja, a sua permanência em cada bairro, para a realização de atividades de controle e prevenção, deveria estar menos sujeita à rotatividade. Neste contexto, é interessante observar que esta premissa é abordada pela própria FUNASA (2001) quando esta estabelece as atribuições do agente de saúde inserido em Programas de Controle do Dengue:

Na organização das atividades de campo o agente é o responsável por uma zona fixa de 800 a 1.000 imóveis, visitados em ciclos bimensais nos municípios infestados por *Aedes aegypti*. Ele tem como obrigação básica descobrir focos, destruir e evitar a formação de criadouros, impedir a reprodução de focos e orientar a comunidade com ações educativas. (...) Assim, deverá existir maior vínculo e identificação do agente de saúde pública com a comunidade, onde ele desenvolve o seu trabalho (p. 27).

Este “maior vínculo”, preconizado pela FUNASA (2001), deveria caracterizar uma parte importante do entrelaçamento de contingências que formam a metacontingência denominada PMCD/GV-MG, no qual o comportamento do agente altararia o comportamento do residente, num tipo de “elo final” do entrelaçamento que define uma prática cultural planejada como uma política pública em Saúde Coletiva. Glenn (1986), em seu estudo sobre metacontingência, esclareceu a distinção de Skinner (1981/2007) entre a seleção do comportamento operante em indivíduos e a seleção de práticas culturais em sociedades. De acordo com a autora, o comportamento operante é identificado por um grupo de respostas aglutinadas funcionalmente que tiveram conseqüências comuns, tendo como unidade de análise a contingência de reforçamento que descreve essas relações funcionais entre o operante e o ambiente. Com relação às práticas culturais, a autora afirma que sua seleção está ligada à mediação de contingências de reforço que foram organizadas socialmente. Esta distinção feita foi para mostrar que mesmo havendo definições diferenciadas, tanto na seleção do comportamento operante de um indivíduo quanto na de práticas culturais estão envolvidos processos de contingências de reforçamento em que o ambiente e outras pessoas estão envolvidas. Só que, no segundo caso, tais processos são entrelaçados, ao contrário do que ocorre no caso da seleção do comportamento operante de um único indivíduo. O que ocorre na interação entre agentes e residentes é uma prática cultural e sua seleção dependerá dos resultados dessa interação.

Neste caso, ressalta-se que, quando um agente trabalha por mais tempo em um bairro (mesmo que não seja o que ele próprio reside) as relações



comportamentais nesse bairro se estreitam e, conseqüentemente, o comportamento individual do agente passa a ser uma operação de motivação que estabelece um valor reforçador (mesmo que social) para comportamentos inadequados (reforçador negativo) e adequados (reforçador positivo). De acordo com Michael (1993a; 1993b) existem quatro efeitos diferentes, porém, comuns às operações estabeledoras e que são importantes na análise dos resultados em educação para a saúde. O efeito estabeledor de reforçamento pela presença do agente seria observado quando houvesse um aumento do número de casos de dengue, notificados em um bairro específico, depois de uma história de reforçamento entre residentes e agente e na ausência do agente (após esse ter cumprido seu papel de combate ao dengue, por exemplo, aplicando inseticidas e orientando a população). Isto aumentaria a efetividade da presença do agente no bairro como reforçador. O efeito evocativo/supressivo da operação estabeledora pode ser exemplificado no caso do residente que evoca/suprime imediatamente o comportamento de cuidar da sua casa para que fique livre dos focos do mosquito durante o período em que o agente de saúde não visita sua residência. O efeito evocativo/supressivo do Sd ocorre, por exemplo, quando o residente evoca/suprime o comportamento de receber ou não o agente em sua casa pelo fato de a presença do agente ter sido correlacionada com algum estímulo reforçador ou punidor no primeiro momento em que houve o estabelecimento de reforçadores. O efeito sobre o reforçamento condicionado ou sobre a punição condicionada, no caso, quando os residentes se comportarem de maneira condicionada com relação à prevenção e combate ao dengue, ou seja, se comportarem a partir de um estímulo que foi associado como

reforçador/punidor a partir da presença do agente. Por exemplo, o olhar para as plantas da varanda e se comportar limpando-as e enchendo os pratos sob elas com areia terá efetividade aumentada ou diminuída sem a presença do agente de saúde.

Afinal, o que se quer é que os residentes se disponham mais a colaborar e entender que em conjunto, ou seja, com todos os comportamentos individuais agregados (de todos os atores da prática cultural), o resultado comum que eles terão será o benefício de um bairro livre da infestação do mosquito dengue por mais tempo. Com isso, é necessário que os treinamentos não estejam estruturados apenas nos aspectos técnicos da profissão, mas, que contemplem também uma formação que possa dar condições para que o agente de saúde entenda os benefícios de uma atuação com esses objetivos: conhecimento dos lugares estratégicos de foco do mosquito, familiarização com a cultura dos moradores do bairro, orientação adequada aos residentes e, principalmente, modelação e modelagem do comportamento adequado.

O conhecimento técnico possibilita ao agente saber onde, naquela comunidade, estão os focos do mosquito. Alguns desses focos são produtos de alguns “costumes” (Skinner, 1953/1998) da cultura local, com a qual o agente precisa estar familiarizado para poder compreender tanto a sua função dentro daquele grupo quanto o “como” esses costumes são autoperpetuados nas relações comunitárias. Por exemplo, sobre o costume de colocar reservatório de água sob os vasos das plantas, já comentado, o agente deveria instruir, modelar ou emitir uma resposta-modelo que produzisse a mesma função desse costume, já que não basta dizer que não se deve fazer isto.

A orientação é uma descrição do comportamento adequado/inadequado em uma contingência com contexto antecedente e conseqüências; ou seja, a instrução é o enunciado de uma regra, em geral, com a moldura “Quando-Se-Então”, onde “quando” é o contexto antecedente, “se” é o comportamento e o “então” é a conseqüência. Sua adequação depende do conhecimento do instrutor sobre os instruídos (produzido pelo “vínculo” e pela “identificação” com os instruídos, como mencionado pela FUNASA (Brasil, 2001) e sobre o que são as regras, como elas controlam comportamentos e quais os critérios para o seu uso. O roteiro fornecido por Martin e Pear (2009) para o uso eficaz de regras na modificação de comportamento pode induzir as seguintes perguntas sobre o modo como o agente instrui o comportamento adequado: (1) o enunciado da regra está dentro da capacidade de compreensão do residente? (2) A circunstância na qual o comportamento adequado do residente deve ocorrer, o prazo para ele emitir o comportamento e a conseqüência específica para o seguimento (e/ou para o não seguimento) da regra estão claramente determinados? (3) As regras descrevem resultados significativos e prováveis ou conseqüências pequenas e/ou improváveis? (4) A regra é complexa e precisa ser dividida em passos fáceis para o residente seguir? (5) A regra está sendo enunciada de maneira agradável e educada? (6) Quais outros estímulos presentes poderiam ser utilizados no controle do comportamento quando for feito o esvanecimento do controle pela regra?

A modelagem é o procedimento utilizado quando se quer ensinar um comportamento novo a um indivíduo (algo que ele ainda não sabe fazer). Skinner (1953/1998, p. 101) exemplifica o condicionamento operante modelando um

comportamento como um escultor moldando a argila. A variabilidade comportamental é que oferece ao indivíduo esse tipo de aprendizagem pelo fato de que o ser humano nunca faz a mesma coisa exatamente da mesma maneira. Então, através dessas variações comportamentais é que os comportamentos adequados vão sendo reforçados e os inadequados não. A modelagem é o procedimento de aprendizagem no qual o indivíduo aprende em contato com o ambiente.

A modelação implica em ensinar por imitação ou por observação. De acordo com Catania (1999), tanto no ensino por imitação ou por observação, a aprendizagem é baseada na observação do comportamento de outra pessoa. Bandura (1979) iguala a aprendizagem por observação à aprendizagem por imitação afirmando que se tratam do mesmo procedimento, ainda acrescenta que palavras como modelação, imitação, aprendizagem vicária, aprendizagem por observação, identificação, cópia, facilitação social, contágio, desempenho e papel são sinônimos. O autor ainda afirma que esse tipo de aprendizagem se dá com a aquisição, através do observador, de novos padrões de resposta que antes não faziam parte do seu repertório comportamental. Entretanto, Catania (1999) afirma que existe diferença entre a imitação e a aprendizagem por observação e ela é muito importante de ser aplicada ao caso da educação em saúde.

Na imitação o comportamento do residente corresponde ao comportamento que ele observou o agente emitir. Ela não implica em que o residente tenha aprendido sobre a contingência envolvida no comportamento imitado; isto permite afirmar que nem todas as imitações que o residente faça do comportamento do agente são vantajosas (por exemplo, um residente pode imitar um comportamento

inadequado de um agente mal treinado: recolher apenas pratos sob as plantas e não recolher outros recipientes jogados no quintal). Por outro lado, a aprendizagem por observação é uma variante de ordem superior da aprendizagem operante, pois conjuga várias habilidades de aprendizagem, em especial, a verbal. Quando aprende por observação, o residente discrimina as ações do agente e os resultados da ação dele a partir de “alguma história com relação aos efeitos de ações relacionadas” (Catania, 1999, p. 239) por parte do residente. Idealmente, o treinamento de um educador em saúde deveria atentar para a discriminação desse componente verbal e histórico necessário à aprendizagem do comportamento favorável à saúde, via observação do comportamento do educador como um modelo. No caso, os agentes de saúde dos PMCD's deveriam ser treinados a discriminar a habilidade verbal envolvida na discriminação de contingências pelos residentes, especialmente das conseqüências atrasadas do comportamento adequado/inadequado (“Então, a senhora entendeu porque deve ser assim? Então me explica por que”.) e aproveitar “a história com relação aos efeitos de ações relacionadas” mencionada por Catania (1999), tanto aos efeitos imediatos (por exemplo, “Lembra da última vez que eu estive aqui? Seu quintal estava uma beleza”.) quanto aos atrasados (“A senhora sabe por que tomou esta vacina?” – apontando para a cicatriz no braço da residente – “É parecido: a gente faz tudo isto para vacinar nosso bairro contra o mosquito”).

O que pode ser observado no presente trabalho é que esse conhecimento pode (ou deveria ser) aplicado não só para aprendizagem nos agentes, mas, também dos diretores e/ou profissionais responsáveis pela estruturação da prática

cultural PMCD/GV. Além dos aspectos técnicos do conhecimento necessário ao controle do dengue e há também aspectos comportamentais que podem estar na base da dificuldade em se encontrar soluções adequadas para o problema das doenças transmitidas por vetores.

Defende-se neste trabalho que treinamentos baseados no conhecimento produzido em Análise do Comportamento poderiam contribuir para encontrar tais soluções. Os estudos sobre o comportamento de grupos nesta área da Psicologia apontam questões importantes para o controle do comportamento de populações.

Quanto a esta questão da mudança do comportamento de uma comunidade, é interessante ressaltar que a agência governamental, neste caso a FUNASA, responsável por estabelecer as atribuições dos agentes de saúde, mesmo considerando como relevante o fator “vínculo com a comunidade” desta atuação profissional, não oferece condições adequadas para que este objetivo em suma seja cumprido. Este estudo mostra que é algo bastante complexo estabelecer vínculo com “800 a 1000” residentes em ciclos bimensais. Logo, verifica-se uma falha no âmbito qualitativo da política pública nacional estabelecida para o dengue, cujas conseqüências em níveis estaduais e, principalmente, municipais incluem a falta de reconhecimento da necessidade de ampliar o número de servidores que atuam com este tipo de problema de saúde coletiva.

Uma possível saída para esta problemática seria possibilitar a atuação do agente de saúde com grupos menores. De acordo com Guerin (1998), a religião pentecostal é eficaz porque utiliza essa estratégia, ou seja, seus líderes orientam grupos menores que se reúnem com freqüência para melhor controlar o

comportamento dos fiéis. A criação de conseqüências comuns para todo o grupo garante que o mesmo irá manter comportamentos similares no repertório das pessoas que o compõem. Isso indica que o controle é mais eficaz quando essa estratégia é mantida pelo próprio grupo. Logo, conclui-se que o agente de saúde que atua no controle do dengue, não tem como realizar de forma eficaz a estratégia de modificação comportamental pela instrução, modelação e/ou pela modelagem eficaz no grupo pelo qual ele é responsável, dado o tamanho grande desse grupo. Com tantas residências a visitar, ele acaba por assumir uma função de fiscalizador do erro do residente, pois tem poucas oportunidades de acompanhar os residentes e aplicar esquemas de reforçamentos conseqüenciadores de comportamentos preventivos adequados. Neste contexto, pode-se transpor para o caso do dengue alguns dos princípios para a modificação de comportamento de grupos que Guerin (1998) propôs para a religião, de modo a maximizar a eficácia do trabalho dos agentes de saúde: (1) usar contingências que são comuns entre as pessoas do grupo; (2) trabalhar sempre com pequenos grupos, pois facilita o monitoramento de resultados; (3) saber que quando as conseqüências são aplicadas ao grupo elas se difundem entre seus membros; (4) saber que o controle verbal é melhor difundido em grupos menores (se o grupo for maior, é necessário estabelecer contingências sociais para perpetuá-lo); (5) formar coalizões na comunidade, pois elas configuram-se como um modo útil de modelar o comportamento de grupos; (6) evitar trabalhar com grandes grupos, pois tal trabalho aumenta a probabilidade de usar punição positiva e reforçamento negativo (o trabalho com grandes grupos necessita de uma história longa e requer menos monitoramento e planejamento do que o reforçamento positivo, mesmo

sendo este ineficiente em longo prazo).O processo de inserção e treinamento dos agentes de saúde como parte da prática cultural PMCD/GV, como descrito a seguir, parece priorizar apenas a aprendizagem de habilidades técnicas.

### 5.2.2. Inserção e Treinamento no PMCD/GV

O processo de inserção no PMCD/GV pôde ser descrito a partir das respostas dos agentes de saúde sobre a forma de entrada deles no programa. Para tanto, disponibilizou-se no instrumento QP algumas categorias para que os mesmos pudessem selecionar a mais adequada, ou, escrever no espaço em branco disponível, alguma outra opção de resposta, diferente das oferecidas. Neste contexto, a categoria “*contratado por indicação política*” foi a mais selecionada pelos agentes de saúde (58,03%, n=65), seguida da categoria “*contratado por processo seletivo*” (21,42%, n=25). Quanto às formas de inserção (15,17%, n=17) informadas nos espaços em branco, verificou-se as seguintes respostas: a) selecionado através de currículo (2,67%, n=3); indicado por outros funcionários da prefeitura (2,67%, n=3) e indicado por familiares e amigos (5,35%, n=6). Não houve registro para a categoria “*efetivado por concurso público*” e 5,35% (n=6) dos participantes não responderam a questão.

Com relação à contratação, observa-se então que ela acontece, em sua maioria, por indicações políticas. Uma vez coletado este dado o que deve ser questionado é se esta forma de contratação atende aos pré-requisitos necessários para uma boa atuação dos agentes com relação às práticas que eles deverão desenvolver ao longo do trabalho de combate ao dengue. Entende-se que esta não seria a maneira mais efetiva, pois, uma contratação arbitrária, sem



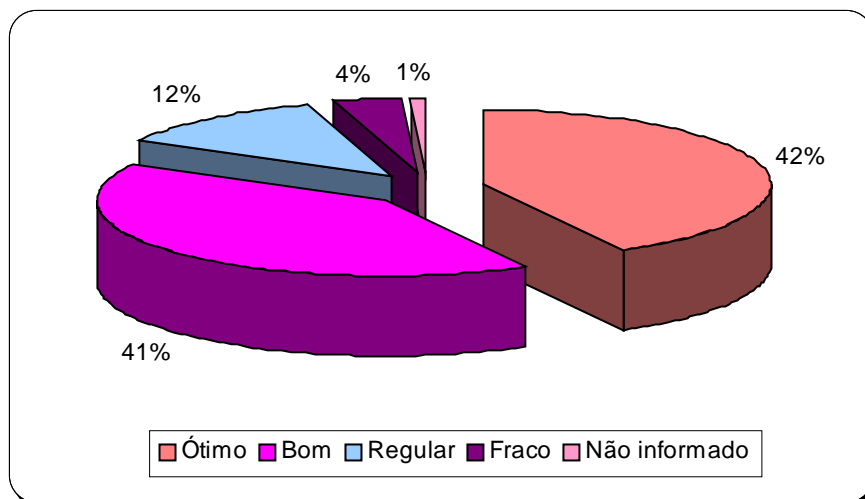
as devidas avaliações das competências necessárias ao perfil profissional de agente de saúde, poderá (como de fato, pode estar atualmente acontecendo) comprometer a difusão de uma prática cultural de controle ao dengue eficiente, uma vez que este profissional interage de forma direta com a população residente. O presente estudo sugere que o procedimento mais adequado para a seleção destes profissionais poderia ser estruturado em dois momentos: 1) abertura de concurso público para área; 2) mediante aprovação e por esta condição gerar a estabilidade profissional e conseqüentemente uma possível extinção da rotatividade de funcionários no setor, investimento na capacitação técnica e específica de forma continuada do agente de saúde. Tal capacitação contemplaria as habilidades técnicas da função, como por exemplo, aprendizagem sobre os procedimentos de inspeção, registros estatísticos, identificação de focos do vetor *Aedes aegypti*, dentre outros, como também o desenvolvimento de habilidades sociais necessárias à interação com a população residente, fator que será discutido de forma mais ampla a seguir.

A ocorrência de participação em treinamentos oferecidos pelo PMCD/GV também foi investigada pelo presente estudo. Respostas afirmativas foram verificadas em 95,53% (n=107) dos agentes de saúde. Quanto ao número de treinamentos recebidos, foram informadas as seguintes quantidades: de “1 a 2” (50%, n=50), de “3 a 4” (28,57%, n=32), de “4 a 5” (5,35%, n=6) e acima de “5” treinamentos (5,35%, n=6). Ou seja, a metade da amostra recebeu apenas de 1 a 2 treinamentos. A ausência em treinamentos também foi verificada, tendo sido encontrada em apenas 4,46% (n=5). É válido ressaltar que o tempo de serviço

informado por tais participantes situou entre “6 meses a 1 ano” (1,78%, n=2) e “3 a 4 anos” (2,67%, n=3).

Quanto à avaliação que os participantes fazem dos treinamentos recebidos, observou-se que 79,46% (n=89) dos agentes de saúde os avaliaram de forma positiva (tal avaliação incluiu as respostas “ótimo” e “bom”). Avaliação negativa, que incluiu a resposta “fraco”, foi verificada em apenas 3,57% (n=4). Alguns participantes avaliaram os treinamentos como regular (11,60%, n=13) e apenas um agente de saúde não informou sua opinião sobre a questão (Gráfico 6).

Gráfico 6. Distribuição da Avaliação do Treinamento oferecido pelo



De forma a avaliar se a quantidade de treinamentos interferia na sua qualidade, autopercebida pelos treinandos, os participantes foram solicitados a emitir uma opinião dissertativa sobre a importância do treinamento profissional oferecido no PMCD/GV. Os aspectos qualitativos das respostas informadas foram agrupados em duas categorias de descrição da importância do treinamento para o agente de saúde: 1) aprimoramento técnico e 2) aprimoramento interpessoal. A

Tabela1 exhibe de forma detalhada as subcategorias incluídas em cada grupo. É válido ressaltar que, por se tratar de uma questão aberta, observou-se que as respostas de alguns participantes mostram mais de um aspecto importante a se considerar na análise da relevância do treinamento. Apenas 6,25% (n=7) não informaram sua opinião.

<b>Tabela 1 . Distribuição de Respostas sobre a Importância do Treinamento para o Agente de Saúde do PMCD/GV</b>		
<b>Categorias / Respostas</b>	<b>Ocorrências</b>	
	<b>Nº</b>	<b>%</b>
<b>Aprimoramento Técnico</b>		
Habilitação técnica para o exercício das atividades de campo	61	54,46
Aquisição de conhecimentos / aprendizagem sobre o fenômeno dengue	20	17,85
Oportunidade para atualização e reciclagem dos conhecimentos profissionais	14	12,5
Aquisição de estratégias para proteger a saúde da população	5	4,46
Aquisição de técnicas de segurança no exercício do trabalho	4	3,57
Condição Básica para atuar no PMCD/GV	1	0,89
<b>Aprimoramento Interpessoal</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Habilidades no relacionamento com a população	12	10,71
Habilidades para orientar a população	37	33,03
Não informado	7	6,25

Quando Skinner (1953/1998) fala sobre educação como uma agência de controle, é possível pensar na educação como um dispositivo que “dá ênfase à aquisição do comportamento em lugar de sua manutenção” (p. 437). Para o presente trabalho isso significa que o treinamento para os agentes é algo imprescindível, essencial. Visto que o treinamento profissional para os agentes terá como papel principal fazer com que certas formas prováveis de comportamentos possam ocorrer em determinadas circunstâncias (Skinner, 1953/1998), o que manterá ou não esse tipo de educação será a própria prática dos agentes no contato com a população e com os tipos de consequências reforçadoras que sua prática produzirá. De acordo com Skinner:

Ao preparar o indivíduo para as situações que ainda não surgiram, os operantes discriminativos são colocados sob o controle de estímulos que provavelmente ocorrerão nessas situações. Finalmente, conseqüências não educacionais determinarão se o indivíduo continuará a se comportar da mesma maneira (1953/1998, p. 437-438).

No treinamento técnico de agentes de saúde, isto quer dizer, por exemplo, mostrar um tipo de criadouro natural do vetor (buracos em pedras, por exemplo) que provavelmente será encontrado por eles numa inspeção esperando que o comportamento técnico deles fique sob o controle desses criadouros naturais como estímulos discriminativos. Apesar de este estudo não ter observado como ocorre o treinamento dos agentes, hipotetiza-se que é mais fácil prepará-los para situações que requeiram o repertório técnico do que para aquelas que requeiram o repertório de habilidades sociais a partir do qual se fará o ensino de comportamentos adequados (e a redução da freqüência do comportamento inadequado ao controle do dengue).

De todo modo, sendo fácil ou difícil preparar o agente para o controle do comportamento do residente esse preparo é parte essencial do controle educacional do comportamento profissional do agente de saúde. Um aspecto importante desse controle educacional, apresentado por Skinner (1953/1998), é o reforço educacional. Não basta apenas apresentar a educação (neste caso o treinamento com os agentes) com suas conseqüências arbitrarias e, posteriormente, não apresentar-lhes nenhum tipo de reforçador social ou natural que mantenha esse comportamento em atividade: aquilo Skinner (1953/1998) considera ser o mantenedor de todo comportamento operante da ausência dos que ministraram o treinamento. Alguns exemplos que o autor cita como reforços educacionais arbitrários usados pelas instituições são conhecidos como “boas

notas, promoções, diplomas, graus e medalhas, todos associados como reforçador generalizado de aprovação” (Skinner, 1953/1998, p. 440). As promoções são bem conhecidas nos diversos ambientes de trabalho dos setores públicos e privados, incluindo o PMCD/GV. No caso discutido aqui, resta saber como a conseqüência natural ou social (a redução dos índices de infestação pelo vetor ou um produto imediato do comportamento adequado do residente) mantém o comportamento do agente em atividade, especialmente o comportamento voltado para a educação, comunicação e informação em saúde.

Teixeira, Barreto e Guerra (1999), ao descreverem as estratégias de combate ao mosquito *Aedes Aegypti* por agentes de saúde (pelos seus componentes já apontados neste trabalho: 1) saneamento do meio ambiente; 2) ações de educação, comunicação e informação; e 3) combate direto ao vetor por controle químico, físico e biológico) afirmam que o segundo componente:

(...) varia conforme as definições estratégicas e a importância que é dada às ações de educação, comunicação e informação, que podem ser confinadas apenas à atuação dos agentes de saúde em cada residência, associada ou não a algumas campanhas pontuais de educação e/ou comunicação de massa, ou ser bem mais abrangente com participação efetiva de setores sociais e governamentais; e à busca da participação das comunidades no processo de prevenção, implementação de metodologias pedagógicas capazes de proporcionar mudanças de comportamento no que diz respeito aos cuidados individuais e coletivos com a saúde, com ênfase na necessidade de redução e eliminação dos criadouros potenciais do mosquito transmissor da dengue (1999, p. 23).

Para o presente trabalho, isso significa que um bom treinamento, com todo esse conhecimento disponibilizado como saber e “saber como” para os agentes de saúde, produz (como conseqüência agregada da prática cultural da qual o treinamento foi planejado) residentes mais bem informados e população mais ativa nas práticas de combate ao vetor. As conseqüências dos treinamentos

adequados levam à práticas adequadas de controle, prevenção e manutenção e eles devem ultrapassar o ponto de serem “informativos” chegando o ponto de modelarem o comportamento-alvo no repertório dos treinados (isto é essencialmente a diferença, apontada por Skinner (1980), entre o ensino por regras ou “saber” e o ensino por contingências que leva ao “saber como”).

Entretanto, para isto ser exeqüível, o planejamento de treinamentos deve “preparar o indivíduo para as situações que ainda não surgiram” envolvendo a necessidade de mudar o comportamento de um residente ou de um grupo de residentes. Dentre as possibilidades advindas da Psicologia, o treinamento de habilidades sociais (principalmente para o assunto aqui abordado), de acordo com Del Prette e Del Prette, é indicado, pois “(...) consiste em uma estratégia cujo objetivo é a prevenção de futuras dificuldades comportamentais por meio do ensino e da facilitação de padrões de comportamentos prossociais que podem reduzir efetivamente a ocorrência de problemas de comportamento (2009a, p. 17)” tanto no repertório do agente quanto no do residente. Como se verá no próximo item, a descrição da atuação profissional do agente a partir do relato verbal obtido em questionário não permite uma compreensão de como é a sua atuação profissional.

### **5.2.3. Atuação Profissional**

O tempo de serviço informado pelos agentes de saúde inseridos no PMCD/GV variou de seis meses a doze anos de trabalho no programa. Uma grande parte dos participantes informou tempo de atuação profissional entre 1 a 2 anos (22,32%, n=25) e outra, entre 1 a 6 meses (22,32%, n=25). Outros tempos

também foram registrados: entre 6 meses a 1 ano (15,17%, n=17); entre 3 a 4 anos (13,39%, n=15); entre 5 a 6 anos (9,82%, n=11) e acima de 6 anos (16,07%, n=18). Ocorrências de tempo de atuação superiores a 6 anos foram poucas: 7 ocorrências para o período entre 9 a 12 anos (6,25%) e 11 para tempo de serviço entre 6 a 8 anos (9,82%).

Os participantes também foram solicitados a informar sobre suas principais atividades de trabalho como agente de saúde do PMCD/GV. Verificou-se que as três funções relatadas com maior frequência foram: atividades de controle (53,57%, n=60); visita residencial (45,53%, n=51) e realização de orientação educativa aos residentes (42,85%, n=48). As atividades de controle incluem registros sobre práticas de verificação de ambientes, eliminação de focos e possíveis ambientes favoráveis à reprodução do mosquito *Aedes aegypti* e aplicação de tratamento através de produto químico. Já as práticas de orientação educativas incluem registros sobre educação sanitária, instruções preventivas, trabalho de conscientização, informações sobre os riscos da doença e hábitos do vetor.

Ainda sobre a atuação profissional, os agentes de saúde foram solicitados a realizar uma auto-avaliação sobre o desempenho de suas funções no PMCD/GV. Verificou-se que 72,32% (n=81) dos participantes consideraram que o desempenho profissional poderia ser melhorado. Respostas negativas foram observadas em 21,4% (n=24); 4,5% (n=5) não responderam sobre a questão.

Quando questionados sobre o (s) aspecto(s) que poderia ser melhorado no desempenho profissional, observou-se ausência de respostas em 34,56% (n=28). Deste resultado verificou-se que 17,28% (n=14) não especificaram o aspecto que

poderia ser melhorado, deixando a resposta em branco e 17,28% (n=14) ao relatar o fator que deveria ser melhorado, apenas reafirmaram a necessidade de melhorar em frases genéricas do tipo: “*na vida profissional há sempre um aspecto a ser aprimorado*”, “*ninguém é perfeito, todos temos algo a melhorar*”. Apenas 20,98% (n=17) dos participantes indicaram de forma específica os aspectos que eles deveriam melhorar em seu comportamento profissional. Os três aspectos mais informados foram: (1) orientação educativa à população (que incluiu os termos “educação sanitária” e “conscientização”) sobre práticas preventivas e de controle ao dengue (7,40%, n=6), (2) ampliação e aquisição de conhecimentos técnicos sobre o dengue – vetor, doença, práticas de combate (3,70%, n=3); e (3) desenvolvimento de habilidades de comunicação durante a visita de inspeção residencial (2,46%, n=2). Outros aspectos também foram informados, dos quais foram observados o registro de uma ocorrência para cada um.

Vê-se que são apontados como importantes de serem melhorados os aspectos já discutidos nos itens anteriores deste trabalho. Em especial, as habilidades de comunicação fazem parte do repertório de habilidades sociais medido pelo instrumento IHS, cujos dados são discutidos na Seção 5.3 deste Capítulo (p.115). É válido destacar uma situação interessante que foi observada ainda nesta questão: 43,20% (n=35) dos participantes que informaram que o seu desempenho poderia ser melhorado, ao registrar o aspecto alvo de tal melhoria, demonstraram certa incompreensão à questão, direcionando suas respostas para outros temas, dentre eles, o comportamento inadequado da população residente em relação ao dengue e as atuais condições de trabalho oferecidas. A Tabela2 exhibe os resultados descritos acima, apresentando também o plano de atitudes



sugerido pelos agentes de saúde para a mudança dos aspectos do desempenho profissional que necessitariam de melhoria.

TABELA 2. DISTRIBUIÇÃO DOS ASPECTOS A SEREM MELHORADOS NO DESEMPENHO PROFISSIONAL			
Aspectos a serem melhorados	Plano de Atitudes para melhorar aspectos informados	Valor	%
Orientação Educativa / Conscientização / Educação Sanitária	Aumentar a prática de leitura sobre dengue	2	7,40
	Realizar curso na área	1	
	Ser mais atencioso nas práticas instrutivas	3	
Conhecimentos técnicos sobre o dengue	Aumentar a prática de leitura sobre dengue	3	3,70
Habilidades de comunicação com os residentes	Realizar mais orientações educativas aos residentes	2	2,46
Atividades de inspeção residencial	Ter mais atenção, não desviar dos objetivos do trabalho	1	1,23
Advertência aos Residentes	Realizar mais orientações educativas	1	1,23
Pontualidade no horário	Ser mais pontual	1	1,23
Instrução escolar	Concluir os estudos	1	1,23
Atenção no trabalho	Ter mais paciência com o trabalho	1	1,23
Habilidade para lidar com situações difíceis	Tentar resolver a situação se focando na dificuldade.	1	1,23
Total		17	20,98

De certa maneira, as indicações de melhorias apontam para os pontos fracos da metacontingência PMCD/GV na perspectiva dos participantes desta pesquisa. O estudo dos problemas sociais práticos a partir dos conceitos de metacontingência (e, também do de macrocontingência) tem ajudado muitos analistas do comportamento a entender os fenômenos sociais e buscar alternativas para suas melhorias. Com isso, autores como Todorov (2006) ressaltam que analistas do comportamento devem investigar a suposição de que é possível modificar um grupo apenas controlando as contingências de comportamentos individuais. Quando se fala em contingências entrelaçadas produzirem um resultado comum agregado, se quer dizer que os comportamentos individuais devem ser modelados, porém, esses devem estar ligados diretamente a uma contingência cultural para que o produto deste comportamento seja, de fato, benéfico para o grupo e não somente para o indivíduo que se comporta.

É neste sentido que a compreensão dos objetivos de um planejamento de melhora em um ponto de entrelaçamento de contingências em uma metacontingência ajudaria o ator cujo comportamento é o alvo da melhora; possibilitaria esse ator situar-se na prática cultural compreendendo a relevância máxima da sua função. Com relação a isso, é importante ressaltar que esse estudo (sobre meta e macrocontingências) pode ajudar na questão do entendimento e conscientização dos agentes com relação ao objetivo que deve ser atingido por suas ações dentro da prática cultural PMCD/GV. Considerado o PMCD/GV como uma metacontingência, nos treinamentos planejados para o aprimoramento do repertório de habilidades dos agentes devem estar inclusos conhecimentos sobre comportamentos que podem ou não alterar o produto agregado da prática em suas conseqüências em curto, médio e longo prazo, não só para eles próprios, mas também para a sociedade como um todo.

Quando se questiona a ineficácia do produto agregado de uma prática cultural é comum que seus atores tentem apontar um ou mais atores que seriam os culpados por essa ineficiência. Nos dados analisados pode-se observar uma forte tendência em colocar a culpa no sistema com relação ao desempenho profissional insatisfatório. Sempre existem justificativas com relação à falta de equipamentos, de melhores salários, etc. Não que esses aspectos devam ser negligenciados, porém, os agentes podem melhorar a qualidade do PMCD/GV aprendendo que o seu comportamento em relação à prevenção, erradicação e orientação, em conjunto com o comportamento dos demais agentes, pode fazer com que haja uma melhora significativa no produto agregado do PMCD/GV. Como esse produto é o resultado do entrelaçamento de contingências para o

comportamento dos atores individuais, existe um problema a ser resolvido, pelo menos, com relação ao comportamento interpessoal dos agentes de saúde. Apesar de os dados específicos do comportamento interpessoal dos agentes de saúde do PMCD/GV serem apresentados e discutidos somente a partir da página 115, a discussão genérica da educação em saúde afetando o produto agregado de uma política em saúde coletiva pode ser adiantada neste ponto. Neste sentido, alguns autores falaram sobre intervenções com relação ao déficit nos resultados comportamentais de determinada prática cultural e suas conclusões podem ser úteis ao presente trabalho.

De acordo com Mallot e Glenn (2006), a razão de uma intervenção cultural, na maioria das vezes, é uma insatisfação com um produto comportamental. Esse produto pode ser agregado ou não. O produto não agregado é a consequência do comportamento de uma única pessoa e o produto agregado está ligado à soma dos produtos de pessoas que se comportam individualmente e suas recorrências; o comportamento entrelaçado de diversas pessoas e que cada uma delas contribui para um resultado que é um fim por si só e também pode ser o resultado de interações individuais recorrentes e organizadas.

Com isso, o presente trabalho aponta que o produto final dos comportamentos entrelaçados em um PMCD depende exclusivamente de quem se comporta e da forma como se comporta nesse entrelace, seja no nível gerente-agente, seja no nível agente-residente ou em outro nível qualquer da prática. Os dados deste estudo mostram que, para os agentes de saúde que combatem o dengue, esta visão não está muito clara quando se fala a respeito da qualidade da prestação desse serviço público essencial à cidade de Governador Valadares.

Sugere-se então que o conhecimento comportamental sobre práticas culturais, então, deveria ser parte do processo de treinamento e educação desses agentes de modo a garantir a visão integrada da prática e evitar o trabalho alienado e mecanizado durante a inspeção de residências na comunidade. Um reflexo disto foi apontado por Chiaravalloti Neto *et al.* (2007), que observou que os “agentes comunitários de saúde” da cidade de São José do Rio Preto (SP) têm mais status do que os “agentes de combate a endemias” porque, possivelmente, se vêem e são vistos como atores essenciais dos programas de políticas públicas dos quais são membros.

Considerando que o contato com o residente durante as visitas domiciliares configura-se como uma das principais atividades do agente de saúde, foi listado no instrumento QP algumas possíveis características dos residentes e do ambiente da residência, para que os participantes pudessem informar quais delas dificultam ou facilitam o exercício das funções profissionais; ou não tinham importância alguma para esse exercício. Estas características foram agrupadas em 6 categorias (gênero, faixa etária, aparência pessoal, aspectos do ambiente residencial, aspectos culturais e relacionamentos interpessoais) e encontram-se exibidas na Tabela3 juntamente com a ocorrência das respostas quanto ao tema. Esta Tabela mostra que, no geral, as características dos residentes apontadas no instrumento não são importantes para o exercício profissional do agente, ou seja, elas exercem pouca influência na atividade profissional. Entretanto, comparando-se os dados de frequência de cada característica do residente como facilitadoras ou dificultadoras deste exercício, pode-se supor que quando uma criança recebe o agente em uma residência, as atividades da visita de campo são

dificultadas; o oposto acontece quando é um adulto que o recebe. O mesmo ocorre com a aparência: a aparência boa facilita o exercício e a ruim o dificulta. As outras características que dificultam o exercício profissional do agente são gostar de plantas, ser analfabeto e ter problemas com a comunidade; as que mais facilitam são ser da mesma religião do agente e relacionar-se bem com a comunidade.

<b>Tabela 3. Distribuição Características dos Residentes por Gênero e tipo de Interferência no trabalho do Agente de Saúde</b>					
Categorias	Tipo de Interferência				TOTAL
	Dificulta	Facilita	Não Importa	Não Informado	
<b>Gênero</b>					
Ser homem	15	27	64	6	112
Ser mulher	11	31	60	10	112
<b>Faixa Etária</b>					
Ser menor de 18 anos (adolescente)	44	14	42	12	112
Ser menor de 12 anos (criança)	87	2	14	9	112
Ser idoso	25	30	47	10	112
<b>Aparência Pessoal</b>					
Ter aparência pessoal boa	1	29	71	11	112
Ter aparência pessoal ruim	29	3	69	11	112
<b>Aspectos do Ambiente Residencial</b>					
Gostar de animais	12	27	64	9	112
Gostar de plantas	23	21	56	12	112
Morar com muita gente	7	21	74	10	112
<b>Aspectos Culturais</b>					
Ter religião diferente do AS	2	9	91	10	112
Ser da mesma religião do AS	0	18	82	12	112
Ser analfabeto	27	11	64	10	112
<b>Relacionamento Interpessoal</b>					
Relacionar bem com a comunidade	4	83	19	6	112
Ter problemas com a comunidade	71	1	30	10	112

Ao final da lista, exibida no instrumento QP, os agentes de saúde tiveram a oportunidade de acrescentar outras características dos residentes que poderiam facilitar ou dificultar a realização do trabalho de campo. Dentre as que facilitam

foram citadas: “*ser educado*” (n=3); “*ter boa saúde*” (n=1); “*ser preocupado com o problema dengue*” (n=4); “*ser comunicativo*” (n=2); “*ter sido acometido pelo dengue*” (n=1); “*ser receptível ao agente de saúde*” (n=1); “*ser responsável*” (n=1); “*ser honesto*” (n=1); “*ser paciente*” (n=1); “*ter conhecimento sobre o dengue*” (n=1). Dentre as que dificultam foram registradas: “*ser deficiente físico*” (n=1); “*ser deficiente mental*” (n=1); “*estar acamado por problemas de saúde*” (n=1); “*ter cachorro*” (n=1); “*ser dependente químico*” (n=2); “*ter nível aquisitivo alto*” (n=3); “*ser mal educado*” (n=5); “*ser mal humorado*” (n=1); “*ser arrogante*” (n=1); “*estar assustado com a violência*” (n=1); “*trabalhar no turno noturno*” (n=1); “*apresentar descrença ao trabalho do agente de saúde*” (n=2); “*não ser receptível ao trabalho do agente de saúde*” (n=5) e “*estar desinformado sobre o dengue*” (n=1). Algumas características também foram informadas como não exercendo importância alguma sobre o exercício profissional: “*ser homossexual*” (n=1); “*ser deficiente físico*” (n=1); “*ter visão política diferente do agente de saúde*” (n=1); “*ter bom/mau humor*” (n=1).

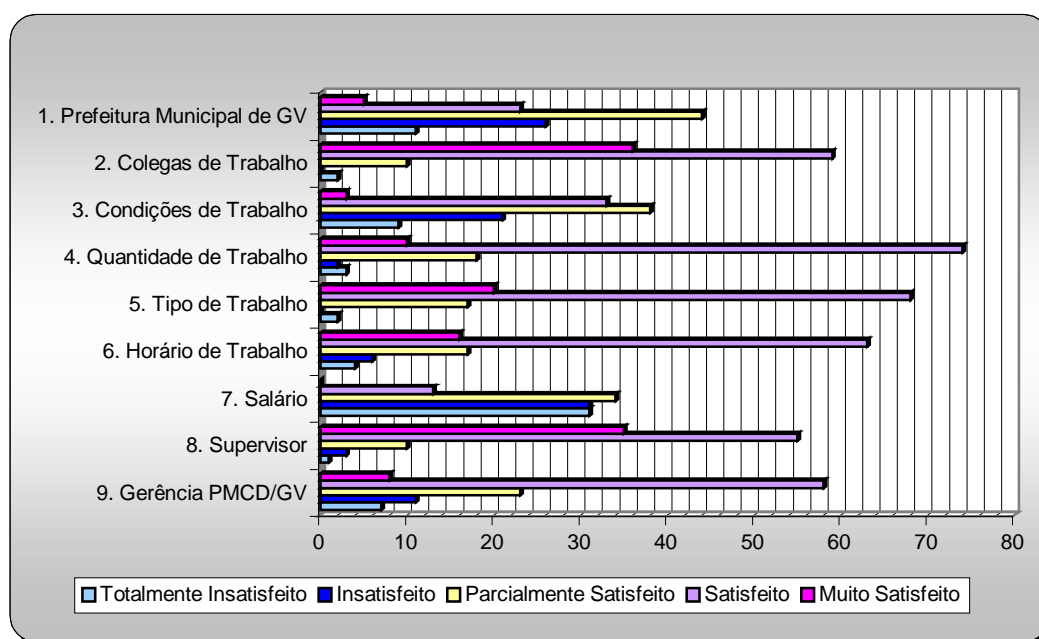
#### **5.2.4) Satisfação com o Trabalho**

A satisfação com o trabalho foi um fator observado a partir da auto-avaliação dos agentes de saúde a respeito de alguns aspectos gerais do PMCD/GV, da opinião dos participantes sobre motivos que não estimulam a presença diária no trabalho e das pretensões profissionais.

Quanto aos aspectos gerais do PMCD/GV, os participantes foram solicitados a informar, numa escala de 1 a 5, o nível de satisfação com os seguintes itens: a) Prefeitura Municipal de GV, b) colegas de trabalho, c)

condições de trabalho, d) quantidade de trabalho, e) tipo de trabalho, f) horário de trabalho, g) salário, h) supervisor e i) gerência PMCD/GV. Verificou-se que níveis altos de insatisfação foram informados com maior frequência para as categorias: salário (27,7%, n=31 tanto no nível “totalmente insatisfeito” quanto “insatisfeito”); Prefeitura Municipal de GV (23,2%, n=26); e atuais condições de trabalho (18,8%, n=21). Por outro lado, níveis altos de satisfação foram registrados para as categorias: quantidade de trabalho (52,7%, n=74); tipo de trabalho (60,7%, n=68); horário de trabalho (56,3%, n=63); colegas de trabalho (52,7%, n=59); gerência PMCD (51,8%, n=58); e supervisor (49,1%, n=55). O Gráfico 7 exibe como a satisfação profissional foi avaliada pelos participantes.

Gráfico 7 . Distribuição da Satisfação Profissional por Nível e Categoria



Quanto aos fatores que, às vezes, não estimulam a presença diária do agente de saúde no trabalho – “*sentir vontade de não trabalhar*” –, verificou-se

que 41,07% (n=46) dos participantes informaram não tê-los. Todavia, a confirmação desta situação foi encontrada em 57,14% (n=64). Quanto aos motivos que, às vezes, justificam o desejo de não ir trabalhar, várias respostas foram informadas, tendo sido observado, em muitos participantes, o registro de mais de um motivo. Sendo assim, verificou-se freqüência para os seguintes motivos: 29 ocorrências para “*Indisposição pessoal*” (inclui os termos preguiça, cansaço, dores no corpo, alterações no humor); 22 ocorrências para “*sentimento de desvalorização profissional*” (inclui os termos salário defasado, falta de reconhecimento profissional, falta de materiais adequados para o trabalho); 9 ocorrências para “*rotina profissional*” (incluiu os termos tarefas repetitivas, exposição constante ao sol e carga horária extensa); 8 ocorrências para “*receptividade resistente por parte dos residentes durante a visita domiciliar*”; 5 ocorrências para “*insatisfação com as relações de trabalho*” (incluindo as com os colegas de trabalho e com a chefia imediata). Ausência de informação para a questão foi encontrada em apenas 2 participantes.

Quanto às pretensões profissionais almejadas pelos agentes de saúde (área profissional e tipo de função), 27,7% (n=31) dos participantes informaram que não desejariam ter outra profissão e 6,3% (n=7) dos agentes de saúde não informaram suas respostas. Quanto aos que responderam positivamente a questão (66,07%, n=74) registrou-se ocorrência para seguintes áreas de outras profissões almejadas: saúde (n=13), transporte (n=9), administrativa (n=10), segurança pública (n=9), serviço público (n=7), meios de comunicação (n=4), eletrônica (n=2), segurança do trabalho (n=2), informática (n=2), engenharia (n=2) e outras (n=5, que incluiu uma ocorrência para cada uma das seguintes áreas



específicas: educação, jurídica, entretenimento e esportiva; e a informação genérica *privada*, que não indicou área). Observou-se também que 3 participantes não informaram a área profissional e o tipo de função pretendida e outros 3 participantes não especificaram a área profissional, tendo apenas informado o desejo de adquirir qualquer tipo de qualificação profissional (n=1) e ser efetivo no serviço público (n=2). Algumas respostas (n=3) foram desconsideradas porque os participantes informaram conteúdos que não corresponderam à questão realizada. A Tabela 4 exibe o detalhamento das funções almejadas conforme a área de pretensão profissional.

<b>Tabela 4. Distribuição das Funções Almejadas por Área de Pretensão Profissional</b>		
<b>Área / Setor</b>	<b>Funções Almejadas</b>	<b>Ocorrências</b>
<b>Saúde</b>		
		<b>13</b>
Hospital	Enfermeira	1
	Técnico de Enfermagem	2
	Técnico de Informática	1
Laboratório de Análises Clínicas	Farmacêutico, Patologia	2
Consultório Odontológico	Dentista	1
Posto de Saúde	Agente Comunitário de Saúde	1
Clínicas de Recuperação Dependente Químicos	Psicólogo	1
Secretaria Municipal de Saúde	Motorista	1
	Agente de Endemias diversas	2
Controle de Zoonoses	Motorista	1
<b>Transportes</b>		
		<b>9</b>
Transporte Rodoviário	Cobrador	1
Transporte – Diversos	Motorista	8
<b>Administrativa</b>		
		<b>10</b>
Escritório / Secretária	Auxiliar Administrativo	8
Banco	Gerente	1
Comércio	Gerente	1
<b>Segurança Pública</b>		
		<b>9</b>
Policimento Florestal	Soldado	1
Policimento Civil	Investigador	1
Policimento Militar	Soldado	4
Delegacia	Delegado	1
Corpo de Bombeiros	Resgate	2

<i>Continuação Tabela 4</i>		
<b>Serviço Público</b>		<b>7</b>
	Sem especificação	3
Prefeitura Municipal	Auxiliar Administrativo	1
	Fiscal de Obras	2
Instituição Federal	Gerência	1
<b>Meios de Comunicação</b>		<b>4</b>
Correios	Carteiro	3
Publicidade	Mídia Falada	1
<b>Eletrônica</b>		<b>2</b>
Eletricista	Técnico	1
	E. Automotiva	1
<b>Segurança Trabalho</b>		<b>2</b>
Segurança do Trabalho	Técnico de Segurança Trabalho	2
<b>Informática</b>		<b>2</b>
Serviços de Informática	Técnico em Manutenção	2
<b>Engenharia</b>		<b>2</b>
Engenharia Mecânico	Engenheiro	2
<b>Outros</b>		
Instituição Privada	Instrumentista	1
Jurídica	Advogado	1
Esportiva	Treinador	1
Educação	Professor	1
Entretenimento / Rodeio	Resgate de Rodeio	1

#### 5.2.4. Atitudes e Crenças sobre o Dengue

As atitudes e crenças dos agentes de saúde sobre o dengue incluíram aspectos relacionados tanto sobre suas percepções a respeito do próprio comportamento, quanto do comportamento da população residente mediante esta problemática.

Quanto à percepção do agente de saúde sobre o seu próprio comportamento, foram investigados fatores relacionados ao nível de gravidade que este atribui ao problema dengue, o seu papel neste contexto e sua principal atitude caso fosse responsável por traçar um plano para resolver o problema do dengue.

Quanto ao nível de gravidade atribuída ao problema, a maioria dos participantes (73,2%, n=82) considerou o dengue como grave, e 25,89% (n=29) o

classificaram como moderado. Apenas 1 participante avaliou o dengue como um problema leve. Alguns participantes (3,57%, n=4) não responderam a questão. Os agentes de saúde foram solicitados a justificar as classificações informadas, tendo observado a ocorrência de mais de uma categoria dentro de uma justificativa. Para o nível leve, para o qual foi registrada uma ocorrência, o agente de saúde não justificou sua classificação.

Para os que classificaram o problema como moderado, encontraram-se as seguintes justificativas: a população está mais conscientizada (n=7); a população tem cooperado mais (n=7); é uma doença fácil de ser controlada (n=3); há outras moléstias piores do que o dengue (n=3); o dengue é um tipo de doença que só aparece em tempos de chuva (n=2); depende das conseqüências (n=2); não é uma doença letal (n=1). Houve 1 participante que apresentou uma justificativa mediante uma condição, informando que “se” atitudes preventivas e de controles fossem tomadas, o problema dengue poderia ser classificado como moderado. As respostas de dois participantes foram desconsideradas pela impossibilidade de compreensão dos conteúdos informados. Apenas 8 agentes de saúde que classificaram o problema dengue como moderado não informaram suas justificativas.

As justificativas atribuídas para a classificação grave (73,2%, n=82), também foram agrupadas em categorias, verificando-se as seguintes ocorrências: letalidade da doença (n=33); faltam atitudes preventivas por parte da população (n=15); falta conscientização por parte da população (n=9); é um problema social / saúde pública (n=7); é uma doença epidêmica: (n=6); aumento dos índices de infestação e casos (n=6); não há controle por vacina (n=3); traz complicações

para saúde (n=3); é um transtorno (n=2); está presente em todo lugar (n=2); falta saneamento básico (esgoto) (n=1).

Quanto ao papel do agente de saúde diante do problema dengue, verificou-se o registro de várias atribuições, inclusive dentro de uma mesma resposta. As principais categorias encontradas para o papel deste profissional foram: função educativa (incluiu os termos instruir, orientar, explicar e informar, n=72); realizar atividades de controle (incluiu os termos eliminar focos, combater vetor, aplicar remédio, fiscalizar residências, n=59); ser exemplo para a população (incluiu respostas que não especificaram funções, apenas que o agente de saúde deveria assumir uma postura exemplar de cidadão, se sentir agente primordial contra a doença, executar bem o serviço, n=18). A ausência de resposta para esta questão foi encontrada em 3 participantes.

Como principal atitude que estabeleceria caso fosse o responsável para elaborar um plano de combate ao dengue, os agentes de saúde informaram várias estratégias. Registrou-se 78,57% (n=88) de participação na questão. As respostas foram agrupadas em categorias, tendo sido observado o registro de mais de uma atitude em algumas respostas. Neste contexto, verificaram-se os seguintes planos: emprego de métodos coercitivos como aplicação de multas e de leis mais rigorosas para residentes que não cooperam com o controle do dengue (42,85%, n=39); aprimoramento e desenvolvimento de estratégias educativas (com mídias) para orientação e informação ao residente (26,37%, n=24); incentivo de práticas voluntárias envolvendo a população residente diretamente com o poder público (12,09%, n=11); intensificação nas medidas preventivas de controle como a eliminação de criadouros do vetor e proteção de ambientes como caixas

d'água (10,99%, n=10); realização de melhoras na remuneração (aumento) e nas condições de trabalho dos agentes de saúde, principalmente no fornecimento de materiais necessários para o exercício da função (7,69%, n=7); capacitação da equipe de combate – gerências e agentes de saúde (6,59%, n=6); modificação do Produto de Controle (lavircida) (2,2%, n=2) e criação da vacina contra a doença dengue (2,2%, n=2). Apenas 18,75% (n=24) dos participantes não responderam a questão.

De acordo com Guerin (1994), como tratadas pelos psicólogos sociais, “as atitudes devem ser vistas como relatos de eventos privados” (p.1-2) e as crenças como relatos de resultado. Entretanto, ambas estão fundidas na fala dos agentes e a emissão de cada uma com uma força maior vai depender do contexto de reforçamento de uma ou outra, ou de ambas, na comunidade verbal, especialmente quando as crenças “são apresentadas na forma de atitudes” (p. 160) ou como se fossem descrições de eventos ou acontecimentos não verbais ocorrendo no momento em que se fala (ou seja, como operantes do tipo tato).

Ou seja, “atitude” está relacionada a comportamento verbal que, neste caso, é falar sobre o que se sente (ou das suas preferências). O autor ainda afirma que uma das funções das atitudes (como tato) seria evitar detalhar demais a resposta para uma determinada questão. Neste sentido as respostas dos agentes sobre as atitudes e crenças sobre o dengue estariam diretamente ligadas à função social que esse relato “possui”. Os tatos sobre atitudes são controlados por contingências sociais. É o que acontece com os agentes ao responderem o QP; “algumas afirmações de atitudes parecem estar intimamente sob controle direto de estímulos” (Guerin, 1994, p. 3). Isso quer dizer que as respostas

declaradas estão sob controle da pesquisadora e do trabalho sobre a conduta dos agentes de saúde como estímulos discriminativos.

Considerando que a definição de crença é diferente da definição de atitude (uma vez que atitude especifica preferências), pode-se observar na presente pesquisa que ambas (atitudes e crenças) estão relacionadas com tato e são emitidas mescladas. Isso porque emitiram relatos que identificam uma prévia experiência sobre o assunto (dengue) ao responder os questionamentos. Os agentes têm experiências com o problema do dengue a todo o momento e, por isso, estão aptos a falarem de suas crenças-atitudes como fatos. De acordo com Guerin:

Uma relação entre crenças e atitudes é que as pessoas freqüentemente alegam que suas atitudes são baseadas em suas crenças, e que elas relatam uma atitude positiva ou negativa porque elas acreditam que existem conseqüências boas e más (1994, p.6).

Um exemplo é a afirmativa: “Eu sei que o dengue é um problema de saúde pública, por isso eu vou instruir os residentes a se comportarem preventivamente” (no caso de um agente de saúde relatar fazer assim).

O autor ainda acrescenta: “O relato de atitudes é reforçado se as crenças suporte são fornecidas, mas somente se a comunidade verbal concorda com aquelas crenças suporte”(Gerin, 1994, p. 6). Neste sentido, pode-se apresentar uma crença seguida de uma atitude como, por exemplo: “Acredito que o problema do dengue em GV é sério e pode virar epidemia se não tomarmos uma iniciativa de prevenção de acordo com o que temos visto e ouvido no PMCD”. De acordo com Guerin:

A implicação é que a diferença entre crenças e atitudes sobre qualquer assunto está na contingência modelada pela comunidade de ouvintes, e

não numa diferença inerente entre afirmações que expressam a probabilidade de conseqüências e afirmações que expressam preferências (1994, p.6).

Há algumas implicações do artigo de Guerin (1994) para a efetividade da educação em saúde quando se pensa que o seu objetivo é mudar atitudes e crenças da população. De acordo com a orientação do autor, o agente de saúde, tendo uma crença no resultado desastroso de uma epidemia de dengue e uma atitude negativa em relação a esse resultado, deveria relatar ao residente a sua crença na forma de uma atitude, e como se fosse um tato, para que ela fosse mais aceita (reforçada) pelo residente.

Crenças que são apresentadas na forma de atitudes são reforçadas com mais freqüência e intraverbais ou crenças que são apresentadas na forma de tatos são reforçados com mais freqüência. Os efeitos sobre o ouvinte podem ser modificados ainda mais se atitudes, ao invés de crenças sobre os resultados, são afirmadas e se ambas, atitudes e crenças, puderem ser apresentadas como tatos ao invés de intraverbais (Guerin, 1994, p. 160).

É preocupante pensar nos efeitos, sobre o comportamento da população residente, das crenças-atitudes dos agentes de saúde que enfrentam a realidade do dengue em Governador Valadares e que indicaram o problema do dengue como sendo de gravidade leve ou moderada. Quanto à percepção do agente de saúde sobre o comportamento da população residente, mesmo que independente de suas crenças-atitudes, foram investigadas as variáveis dos comportamentos da população residente que, na opinião dos participantes, deveriam ser manipuladas para a modificação desses comportamentos; os participantes também foram solicitados a verbalizar suas opiniões sobre os motivos dessa modificação não ocorrer.

Para isto, os agentes de saúde foram convidados a pensar e responder sobre a seguinte pergunta: “*Como na história do Gênio da Lâmpada, se você ganhasse o direito de fazer três pedidos de mudança de comportamento dos residentes, quais comportamentos você pediria mudança?*”. Houve participação de 92,85% (n=104) dos agentes de saúde à questão. Os pedidos de mudança de comportamentos informados foram agrupados em três categorias: (1) diminuição da resistência ao trabalho do agente de saúde, incluindo pedidos de melhor receptividade, respeito e valorização do trabalho do agente – 92,85% (n=104) (sendo esta categoria uma solicitação realizada por todos os agentes de saúde); (2) aquisição de informações sobre o dengue, demonstrando interesse e compreensão sobre importância do combate à doença (conscientização) – 46,15% (n=48); (3) execução das instruções recebidas durante as visitas de inspeção, como a limpeza do ambiente residencial – 72,11%(n=75). Logo, é interessante observar que, numa situação hipotética como o caso do gênio da lâmpada, o agente de saúde solicitaria ao residente que modificasse comportamentos os quais ele deve ou deveria ensinar. Neste contexto, verifica-se que o próprio agente de saúde consegue identificar possíveis falhas no comportamento dos residentes no que se refere ao controle do dengue.

Considerando tais pedidos, os participantes foram questionados quantos aos motivos pelos quais os residentes não modificam tais comportamentos. é Várias respostas foram registradas, tendo sido observado, em muitos participantes, o registro de mais de um motivo dentro de sua resposta. Sendo assim, verificou-se frequência para os seguintes motivos: ausência de interesse (força de vontade) e informação por parte do residente quanto ao problema do



dengue (51,57%, n=49); hábito ou costume adquirido (29,47%, n=28); desconfiança com o trabalho do agente de saúde (14,73%, n=14); falta de punição do poder público (10,52%, n=10). Apenas 15,17% (n=17) não responderam a questão. Algumas respostas foram desconsideradas por verificar uma incompreensão dos participantes quanto à questão (5,76, n=6). Observou-se que os agentes de saúde ao invés de informar uma possível solicitação de modificação de comportamento à população referente ao problema dengue, aproveitaram a ocasião para expressar suas indignações (talvez uma atitude de desabafo) quanto às atuais condições de trabalho oferecidas pelo município de Governador Valadares, a saber: aumento de salário (1,92%,n=2), equipamentos de segurança (1,92%,n=2), materiais de inspeção (0,96%,n=1) e horários mais flexíveis (0,96%,n=1). A ausência de respostas para esta questão foi encontrada em apenas 7,14%(n=8) dos agentes de saúde e apenas três (2,67%) respostas foram desconsideradas por não informar conteúdos pertinentes à questão, como por exemplo, relatos solicitando que os agentes de saúde deveriam “estar bem com eles mesmos” (1,78%, n=2) e que “o dengue é uma doença que não deveria existir”.

Os dois primeiros motivos apontados para a não modificação do comportamento dos residentes são mais problemas e não propriamente motivos (ou “causas”), além de serem atribuições de “causas” mentais (“falta de força de vontade” ou “falta de interesse”) ou abstraídas do próprio problema (“costume adquirido”). É importante apontar que estes “motivos” podem constituir-se como parte das crenças-attitudes dos participantes e, como tal, interferir diretamente na interação com o residente.

Possivelmente relacionado a isto, observa-se que é unânime a perspectiva de “diminuição da resistência ao agente de saúde”, incluindo pedidos de “melhor receptividade”, “respeito” e “valorização do trabalho do agente”. Através desse dado é necessário fazer uma pergunta: caso os agentes de saúde fossem treinados para fazer as visitas de uma forma em que eles obtivessem conhecimentos sobre comportamento e cultura, esse quadro poderia ser modificado? De acordo com este estudo acredita-se que sim. O Treinamento das Habilidades Sociais (THS) é uma proposta bastante funcional para que os agentes de saúde adquiram um repertório comportamental mais amplo para se relacionarem com os residentes durante as visitas. A habilidade social, de acordo com Caballo (2003)

deve ser considerada dentro de um contexto cultural determinado, e os padrões de comunicação variam de forma ampla entre culturas e dentro de uma mesma cultura, dependendo de fatores como idade, sexo, classe social e educação. Além disso, o grau de eficácia apresentado por cada pessoa dependerá do que deseja conseguir na situação específica em que se encontre. O comportamento considerado apropriado em uma situação pode ser, obviamente, impróprio em outra (p. 3, 4).

O autor ainda afirma que intuitivamente parece que todas as pessoas sabem o que significa habilidades sociais, porém, não têm um critério absoluto dessas habilidades. Com isso, pretende-se demonstrar que, com a utilização do THS pode-se, então, conseguir que os agentes aprendam que, normalmente, em uma situação específica, eles poderão se comportar de determinada maneira que aumentará a probabilidade de que as visitas domiciliares se tornem mais confortáveis e prazerosas, tanto para os agentes quanto para os residentes. Um levantamento inicial através do relato verbal dos agentes a respeito dos padrões de comportamento dos residentes ao recebê-los durante as visitas pode servir de

base para o começo de uma análise comportamental da insatisfação dos agentes com relação aos residentes. Um primeiro passo seria “avaliar tanto o que as pessoas fazem quanto às reações que seu comportamento provoca nos demais” (Cabalo, 2003, p. 5) e, no caso focalizado neste trabalho, isto inclui a mudança de comportamento do outro como parte do produto agregado da prática cultural. Acredita-se que, conseqüentemente, isso levaria a um treinamento mais efetivo e funcional.

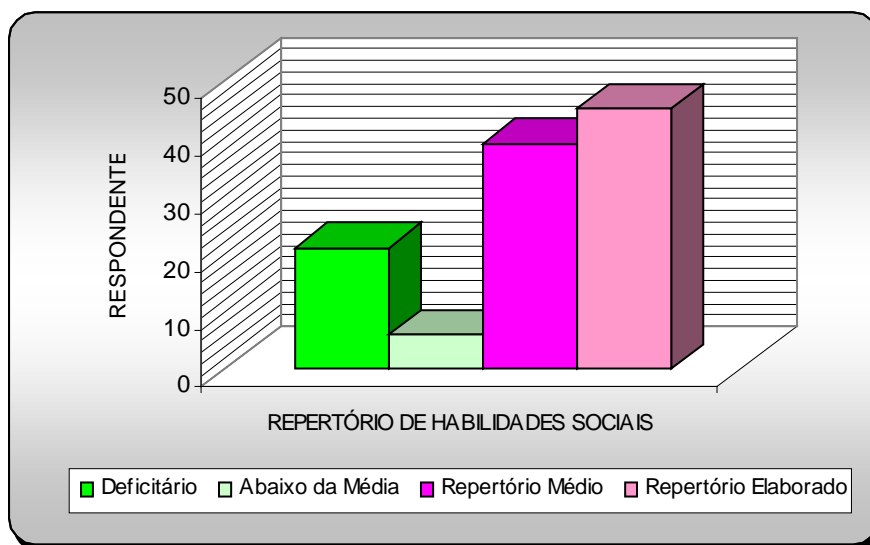
### **5.3. Dados obtidos com o Inventário de Habilidades Sociais (IHS)**

No total, 111 agentes de saúde se submeteram à aplicação do IHS. Um dos participantes (AS40) foi eliminado por não compreender as instruções dadas sobre o procedimento de resposta ao instrumento, tendo marcado mais de uma opção para cada questão, impossibilitando, desta forma, a correção do seu IHS. Outro participante (AS112), por motivos de saúde, não compareceu ao segundo momento da coleta de dados.

Quanto aos resultados, verificou-se que 76,36% (n=84) dos agentes de saúde do PMCD/GV apresentaram recursos disponíveis no repertório de habilidades sociais (RHS); 35,45% (n=39) com resultados “*dentro da média*”; 40,90% (n=45) com resultados “*acima da média*”, sendo: 10 participantes com RHS “*bom*” (percentil entre 76% a 79%), 14 participantes com RHS “*bastante elaborado*” (percentil entre 80 a 89%) e 21 participantes com RHS “*altamente elaborado*” (percentil entre 90 a 100%) – Gráfico 8. Resultados com recursos

deficitários no RHS também foram encontrados na amostra pesquisada: verificou-se que 23,63% (n=26) dos agentes de saúde apresentaram resultados “*abaixo da média*”, sendo: 20 participantes com repertório abaixo da média inferior (percentil entre 1% a 29%) e 6 participantes com repertório médio inferior (percentil entre 30% a 39%) – Gráfico 8.

Gráfico 8: Distribuição do Nível de Habilidades Sociais dos Agentes de Saúde do PMCD/GV



Quando o nível total do RHS foi observado juntamente com a variável sexo, verificou-se que níveis “*abaixo da média inferior*” foram encontrados somente entre os agentes do sexo masculino (22,34%, n=21). Tanto para homens quanto mulheres, foi registrada baixa ocorrência para o nível “*dentro da média inferior*” (masculino: 4,25%, n=4 ; feminino: 6,25%, n=1). Quanto ao nível de RHS situado “*dentro da média*”, observou-se maior ocorrência para o sexo feminino (68,75%, n=11) em relação ao masculino (29,78%, n=28); ao passo que níveis “*acima da média*” foram encontrados com maior frequência no sexo masculino (43,61%, n=41; feminino: 25%, n=4). Os níveis de RHS dos agentes de saúde também foram analisados quanto a sua distribuição nas variáveis idade (Tabela5) e grau

de satisfação com o trabalho (Tabela6). Para a variável idade, observou-se que a faixa etária de 21 a 25 anos apresentou maior freqüência para resultados “dentro da média” (10,71%,n=12) e “acima da média” (14,28%,n=16).

Tabela 5. Nível de RHS Distribuído por Idade									
NÍVEL IHS		IDADE							Total
		18 a 20	21 a 25	26 a 30	31 a 35	36 a 40	41 a 45	Acima de 46	
Abaixo da média inferior	Valor	2	5	4	2	1	6	1	21
	% Total	1,78	4,46	3,57	1,78	0,89	5,35	0,89	18,75
Dentro da média inferior	Valor	0	1	2	1	1	0	0	5
	% Total	0	0,89	1,78	0,89	0,89	0	0	4,46
Dentro da média	Valor	3	12	8	3	6	2	5	39
	% Total	2,67	10,71	7,14	2,67	5,35	1,78	4,46	34,82
Acima da média	Valor	6	16	7	6	4	4	2	45
	% Total	5,35	14,28	6,25	5,35	3,57	3,57	1,78	40,17
Não se aplica	Valor	1	0	0	1	0	0	0	2
	% Total	0,89	0	0	0,89	0	0	0	1,78
TOTAL	Valor	12	34	21	13	12	12	8	112
	% Total	10,71	30,35	18,75	11,6	10,71	10,71	7,14	100

Para variável satisfação, observou-se que o grau “satisfeito”, também foi informado com maior freqüência por participantes com RHS “dentro da média” (24,1%, n=27) e “acima da média” (22,32%, n=25).

Tabela 6. Nível de RHS Distribuído por Satisfação com o Trabalho de Agente de Saúde							
NÍVEL DE RHS		SATISFAÇÃO COM O TRABALHO DE AGENTE SAÚDE					TOTAL
		Totalmente Insatisfeito	Parcialmente Satisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	Não informado	
Abaixo da média inferior	Valor	1	5	12	3	0	21
	% Total	0,89	4,46	10,71	2,67	0	18,75
Dentro da média inferior	Valor	0	1	4	0	0	5
	% Total	0	0,89	3,57	0	0	4,46
Dentro da média	Valor	1	3	27	7	1	39
	% Total	0,89	2,67	24,1	6,25	0,89	34,82
Acima da média	Valor	0	8	25	10	2	45
	% Total	0	7,14	22,32	8,92	1,78	40,17
Não se aplica	Valor	0	0	0	0	2	2
	% Total	0	0	0	0	1,78	1,78
TOTAL	Valor	2	17	68	20	5	112
	% Total	1,78	15,17	60,71	17,85	4,46	100

Isto posto, pode-se resumir que em função da maior parte da amostra ser do sexo masculino, os agentes com RHS em níveis abaixo da média são homens com idade variando de 41 a 45 anos; e os com RHS em níveis acima da média também são homens com idade entre 21 e 25 anos. Ambos os níveis foram mais freqüentes entre os satisfeitos com o trabalho pelos fatores apontados antes. Observa-se que idades maiores apresentaram RHS em níveis menores, ao passo que idades menores apresentaram níveis maiores de RHS. Caballo (2003) afirma que “não há dados definitivos sobre como e quando se aprendem as habilidades sociais, mas a infância é um período crítico” (p. 9). Isso significa que a infância é o momento da vida em que as primeiras experiências de aprendizagem se mesclam com predisposições biológicas, fazendo com que certos padrões comportamentais sejam modelados e, posteriormente, na juventude, sejam relativamente consistentes no funcionamento social. De acordo com Argyle (1969 apud Caballo, 2003)

embora nos casos extremos a influência das predisposições biológicas possa ser um determinante básico do comportamento, especialmente das primeiras experiências sociais (que, por sua vez, podem influir dramaticamente no desenvolvimento posterior da vida social do indivíduo), é provável que, na maioria das pessoas, o desenvolvimento das HS dependa principalmente da maturidade e das experiências de aprendizagem (p.11).

Neste sentido, pode-se concluir que o alto índice de HS está diretamente ligado ao temperamento da pessoa em conjunto com suas experiências de vida em cada situação.

Conforme descrito na sessão 4.2 do método deste estudo (p. 62), o IHS é um instrumento de medida do RHS e é composto por cinco escalas fatoriais. Além de avaliar o nível total do RHS, também avalia os resultados de cada um dos seus fatores específicos. Dois destes fatores – (F3) conversação e desenvoltura social

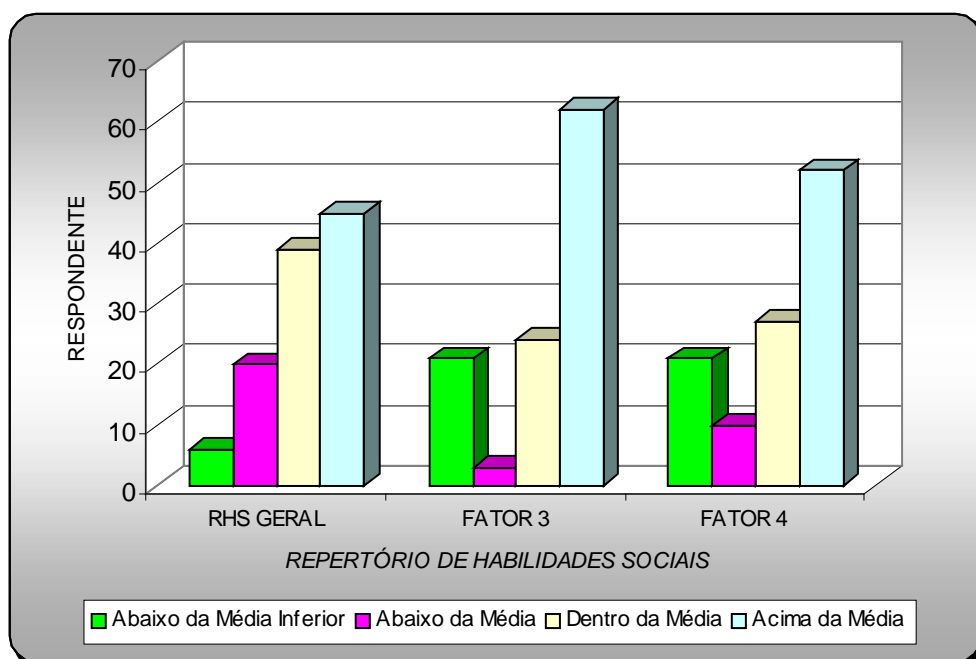
e (F4) auto-exposição a desconhecidos e situações novas – serão descritos e destacados a seguir por apresentarem uma relação mais direta com as habilidades profissionais exigidas ou esperadas durante o exercício da função de agente de saúde.

No terceiro fator, verificou-se que resultados situados acima da média (56,36%, n=62) ocorreram com maior frequência do que resultados encontrados dentro da média (21,81%, n=24), abaixo da média inferior (21,81%, n=24) ou abaixo da média (2,72%, n=3). Quanto ao quarto fator, observou-se também alguns resultados semelhantes: 47,27% (n=52) possuem resultados acima da média, 24,54% (n=27) dentro da média e 19,09% (n=21) abaixo da média inferior. Entretanto, observa-se que, em comparação ao terceiro fator, houve um número maior de participantes com resultados abaixo da média (9,09%; n=10). Segundo Del Prette e Del Prette (2001), tais resultados, para ambos os fatores, sugerem que: (a) participantes com resultados abaixo da média possuem indicação para treinamento em habilidades sociais, especialmente nos itens que forem mais críticos para o ajustamento profissional e pessoal; (b) participantes com resultados dentro da média, possuem bom RHS, indicando equilíbrio entre os recursos e déficits nos itens do fator; (c) participantes cujos resultados estão acima da média possuem RHS bastante elaborado, indicando recursos interpessoais bastante satisfatórios no fator.

Partindo do pressuposto que os fatores 3 e 4 configuram-se como habilidades necessárias à realização do trabalho do agente de saúde, é possível observar que grande parte dos participantes apresentaram níveis elaborados de HS em ambos os fatores. Contudo, RHS deficitário nesses fatores (resultados

abaixo da média) também foram encontrados e esta situação, para o presente estudo, representa uma preocupação, uma vez que se entende que os agentes devem manter um mínimo de HS para que as visitas aos residentes sejam satisfatórias no sentido de cumprir com um dos seus objetivos principais: interagir com os residentes de modo que estes, a partir desta interação, modifiquem suas condutas inadequadas em relação ao problema dengue. Com isso, os dados referentes ao Gráfico 9 apontam a necessidade de se realizar treinamento em habilidades sociais (THS) com agentes de saúde do PMCD/GV. Um aspecto relevante do THS é que além proporcionar o aprendizado sobre habilidades sociais, desenvolverá também estratégias de manutenção de habilidades consideradas apropriados para um PMCD.

Gráfico 9: Distribuição do Nível de Habilidades Sociais por Repertório Geral e Fatorial (3 e 4)





#### **5.4. Dados obtidos com a Check List de Observação e Registro do Comportamento Interpessoal Profissional:**

Por motivo de absenteísmo, férias, licença médica, transferência e demissão não foi possível a observação do comportamento de 30 dos agentes de saúde, conforme previsto no método da presente pesquisa. Todavia, no montante total, 20 agentes de saúde foram acompanhados durante a realização de suas atividades profissionais, permitindo a análise do comportamento interpessoal dos mesmos em tais atividades. Esse grupo de agentes de saúde foi dividido em 2 subgrupos: G1 (10 agentes de saúde com repertório deficitário em HS) e G2 (10 agentes de saúde com recursos disponíveis no repertório de HS). Quanto à distribuição do perfil profissional, melhor explicitada pela Tabela 7, observou-se predominância do sexo masculino nos dois grupos. Presença de participantes do sexo feminino ocorreu apenas em G2 (n=2). A idade registrada para os participantes variou; contudo, em ambos os grupos, verificou-se certa concentração para a faixa etária de 21 a 25 anos (G1=3 e G2=5). Outra diferença observada entre os grupos se revela no grau de instrução escolar: os participantes do G2 em sua maioria possuem o nível médio (n=9), enquanto os membros do G1 possuem 3 ocorrências para o ensino fundamental e 7 para o ensino médio. Quanto ao tempo de serviço informado, observou-se que os participantes do G2 possuem menos tempo (n= 4 para 1 a 6 meses) de profissão do que os participantes do G1. Quanto aos treinamentos profissionais recebidos, tanto os participantes do G1 quanto os do G2 não informaram quantidade superior a 3. Quanto à satisfação com o trabalho de agente de saúde, verificou-se que os participantes do G2 estão mais satisfeitos do que os participantes do G1, segundo

as categorias selecionadas e informadas por estes profissionais. Em resumo, como mostra a Tabela 7, pode-se afirmar que o RHS deficitário se mostra mais entre aqueles de maior tempo na profissão de agente de saúde e entre os mais insatisfeitos com a profissão.

<b>Tabela 7. Distribuição do perfil profissional por grupo:</b>		
<b>VARIÁVEL</b>	<b>G1</b>	<b>G2</b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	10	8
Feminino	0	2
<b>Faixa Etária</b>		
18 a 20	2	1
21 a 25	3	5
26 a 30	2	1
31 a 35	0	1
36 a 40	2	1
46 e +	1	1
<b>Escolaridade</b>		
Ensino Fundamental	3	1
Ensino Médio	7	9
<b>Tempo de Serviço</b>		
1 a 6 meses:	2	4
6 meses a 1 ano	2	0
1 a 2 anos	2	3
3 a 4 anos	2	2
5 a 6 anos	2	1
<i>Continuação Tabela 7</i>		
<b>Treinamentos Recebidos</b>		
Nenhum	1	0
1	7	5
3	2	4
Não informado	0	1
<b>Satisfação com Trabalho</b>		
Parcialmente	3	2
Satisfeito	6	5
Muito Satisfeito	1	3

Visando verificar correspondência entre o RHS relatado no IHS e o comportamento interpessoal emitido na atuação profissional com o residente, esta etapa da pesquisa proporcionou acompanhar cada agente de saúde por um período de uma hora, aproximadamente, em visitas a um total de 87 imóveis: 70 residenciais, 15 comerciais e 2 institucionais. Em média, segundo o período de hora informado, o total de visitas realizadas foi de 4 imóveis por agente de saúde com uma duração média de 5 minutos. Esse tempo foi cronometrado de forma que a partir do momento em que o residente recebia o agente na porta de casa é

que começava a contar o período de visita. Quando a visita terminava era interrompida a contagem. No restante do tempo acontecia o deslocamento do agente de saúde para outra residência. Não foram observadas diferenças significativas quanto à quantidade de imóveis visitados: G1 totalizou 44 e G2 43.

Tendo em vista o número total de imóveis visitados, a ocorrência ou não de algumas variáveis ambientais foram observadas durante a realização das inspeções. Tais variáveis foram divididas em aspectos sócio-demográficos da população residente (sexo e faixa etária) e aspectos físicos e sociais do imóvel (ruídos, música ambiente, música alta e locais de difícil acesso). Quanto aos aspectos sócio-demográfico da população residente, verificou-se maior ocorrência para o sexo feminino (70,1%, n=61) em relação ao masculino (29,9%, n=26). A faixa etária predominante foi a de adultos (75,9%,n=66), seguida da de jovens (11,5%, n=10), de idosos (8%, n=7), de adolescentes (2,3%, n=2) e de crianças (2,3%, n=2). Variáveis relacionadas aos aspectos físicos e sociais [0]do imóvel foram observadas em 28,73% (n=25) das inspeções, e puderam ser distribuídas em: ruídos (9,2%, n=8), música (8%, n=7), música alta (6,9%, n=6) e locais de difícil acesso (4,6%, n=4).

Quando questionados sobre a possibilidade dos eventos acima prejudicarem o procedimento profissional, a maioria informou que não (13,8%, n=12). Entretanto, respostas afirmativas foram encontradas em 10,3% (n=9) dos agentes de saúde, que as justificaram assim: (1) música ambiente e alta prejudica a comunicação durante a visita (n=5); (2) ruídos de cachorro geram medo e insegurança durante a realização do trabalho (n=3) e (3) locais de difícil acesso (altos ou fechados) não permitem uma inspeção adequada (n=1).

Sobre o desempenho profissional esperado durante o exercício da inspeção, observou-se a ocorrência de variáveis específicas relacionadas ao comportamento técnico e interpessoal dos grupos de agentes de saúde.

Os comportamentos técnicos observados referem-se à ação dos agentes sob controle das regras do PMCD/GV, que devem ser cumpridas durante as visitas e inspeções. De acordo com a Tabela 8, é importante destacar o comportamento de “*Solicitar o acompanhamento durante a visita*” do Grupo 1: embora havendo 29 contextos (n=29) para a emissão desta resposta, a ocorrência foi de apenas 4 (n=4). Com relação ao Grupo 2, esse mesmo comportamento, havendo 30 contextos (n=30), ocorreu apenas 3 vezes (n=3).

TABELA 8. DISTRIBUIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS TÉCNICOS EMITIDOS POR GRUPO				
DESCRIÇÃO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	CONTEXTO	OCORRÊNCIA	CONTEXTO	OCORRÊNCIA
Informar o motivo da visita.	42	39	42	33
Informar sobre a instituição de trabalho.	42	37	42	35
Fixar bandeira de identificação de inspeção no imóvel.	43	25	42	28
Solicitar ao acompanhamento durante a visita.	29	4	30	3
Inspecionar ambientes de difícil acesso.	8	6	9	8
Executar controle mecânico.	21	17	22	15
Executar tratamento focal.	28	26	22	30
Necessitou maiores esforços para realizar a inspeção	14	4	17	8
Informar sobre os hábitos do mosquito <i>Aedes aegypti</i>	44	13	43	13
Informar sobre a doença do dengue	44	4	43	4

Com relação ao comportamento de “*Executar tratamento focal*”, ou seja, aplicar inseticida nos ralos e onde mais fosse necessário, observou-se que no G2, o número de ocorrências (n=30) foi maior que o de contextos (n=22). Quanto ao comportamento “*Necessitou maiores esforços para realizar a inspeção*” (que quer dizer, por exemplo, subir em caixas de água localizadas em lugares com difícil

acesso,) tanto no G1 (contexto foi n=14 e ocorrência n=4) quanto no G2 (contexto foi n=17 e ocorrência n=8) a quantidade de ocorrências foi menor que a de contextos.

A freqüência de outros dois comportamentos técnicos dos agentes que são de extrema importância para o aprendizado e a manutenção dos comportamentos de prevenção e erradicação do vetor no repertório dos residentes são: “Informar sobre os hábitos do mosquito *Aedes Aegypti*” e “Informar sobre a doença do dengue” foi muito menor com relação à quantidade de contextos (Tabela8) (G1 e G2 n=13 e n=4 respectivamente) de ambos.

É interessante observar que o baixo índice de acompanhamento dos residentes ao trabalho dos agentes de saúde vem mostrar uma falha na questão da aprendizagem. Bom, o que isso quer dizer? É muito simples. Uma vez que os agentes não solicitam o acompanhamento dos residentes eles podem estar evitando que o mesmo aprenda por modelo as práticas de prevenção e erradicação do dengue. Sem o residente o acompanhar, o agente não pode usar o componente verbal e nem o componente da história de aprendizagem do residente para produzir a aprendizagem por observação. Até mesmo a imitação do comportamento adequado não encontra as condições necessárias para ocorrer (Catania, 1999).

De acordo com alguns autores (Catania, 1999; Caballo, 2003; Moreira & Medeiros, 2007) o comportamento de outras pessoas pode servir de modelo para que novos repertórios sejam adquiridos. Neste caso, os residentes que acompanham os agentes durante a visita em sua residência têm maior probabilidade de se comportarem da mesma maneira com relação ao dengue.

As crianças observam seus pais interagindo com eles, assim como com outras pessoas, e aprendem esse comportamento. Tanto as condutas verbais (p.ex. temas de conversação, fazer perguntas, produzir informação) como as não-verbais (p.ex. sorrisos, entonação da voz, distância interpessoal) podem ser aprendidas dessa maneira (Caballo, 2003, p.11).

É interessante ressaltar também que, o baixo índice de informação prestado pelos agentes de saúde no que se diz respeito à doença e aos hábitos do mosquito vetor, possivelmente pode estar relacionado, dentre outros aspectos, com o processo de formação nos treinamentos. De acordo com Catania (1999), um organismo adquire e mantém respostas por meio de reforço. Observa-se, então, que o tipo de reforço aplicado ao comportamento dos agentes de saúde adequado para a eficácia do PMCD não têm sido suficiente para que eles adquiram um repertório comportamental satisfatório durante os treinamentos e os mantenham durante as visitas, informando, elogiando, corrigindo, enfim, emitindo não somente os comportamentos técnicos relacionados ao controle do mosquito *Aedes aegypti* como também os específicos e adequados ao relacionamento interpessoal com o residente. O ensino direto, por contingência (modelagem) ou a instrução, por regra, também são maneiras de se ensinar algo. Frases como “coloque água fervente nos ralos” ou “você deve tirar a água dos pratinhos das plantas” instruem a conduta adequada (Caballo, 2003) e podem ser ensinadas por aproximações sucessivas (reforçamento diferencial). Como visto, elas serão mais efetivas se combinadas com o ensino por observação.

Uma frase muito interessante de Catania (1999) é que “o reforço não produz aprendizagem; produz comportamento”. Uma vez que o comportamento operante é uma relação com o contexto, suas conseqüências são importantes na

relação. “Elas são críticas para a aprendizagem não porque a aprendizagem ocorra a partir delas, mas porque elas são o que é aprendido” (p.102). Essa afirmativa é relevante uma vez que o que deve ser produzido entre os agentes de saúde é justamente comportamentos que levem os residentes a se conscientizarem e a se comportarem da forma com que os agentes dizem que é adequado. As conseqüências do comportamento a serem aprendidas são as imediatas (um quintal sem criadouros) e as atrasadas (um bairro com índices aceitáveis de vetores). E não se aprende sobre conseqüências atrasadas sem descrever a contingência envolvida (regra).

Quanto aos comportamentos específicos da inspeção (comportamentos interpessoais dos agentes em relação aos residentes, dos quais se infere relacionamento, atenção, educação em saúde, etc) observou-se que no geral os índices de ocorrência foram balanceados em relação à quantidade de contextos.

TABELA 9. DISTRIBUIÇÃO DOS COMPORTAMENTOS ESPECÍFICOS DA INSPEÇÃO EMITIDOS POR GRUPO				
DESCRIÇÃO	GRUPO 1		GRUPO 2	
	CONTEXTO	OCORRÊNCIA	CONTEXTO	OCORRÊNCIA
Apresentar-se tecnicamente ao residente	42	40	40	34
Manter conversa pertinente à inspeção	42	29	29	28
Solicitar ao residente modificação de conduta inadequada	22	12	12	9
Advertir o residente quanto a conduta inadequada	20	8	8	6
Elogiar o residente por produtos de conduta adequada	14	8	8	6
Agradecer elogios dados pelo residente à tarefa de inspeção	6	4	4	1
Interromper o residente quando este o interrompe em conversas durante a inspeção	8	0	0	0
Expressar sentimento positivo em relação à residência e aos produtos da conduta adequada ao controle do dengue	10	0	0	0
Discordar de opiniões errôneas do residente, em relação ao controle do dengue	4	0	0	0
Lidar com críticas feitas pelo residente ao trabalho de inspeção ou ao PMCD	3	0	0	0
Expressar desagrado ao residente quanto às condições do local de inspeção	6	0	0	0
Solicitar auxílio ao residente quando necessário durante a visita.	6	5	5	2

Quanto ao comportamento de *“Agradecer elogios dados pelo residente à tarefa de inspeção”*, dos 4 contextos (n=4) houve apenas 1 ocorrência (n=1). Esta observação é bastante importante, pois, considerando que G2 se refere ao grupo de agentes com RHS acima da média (nível bom de RHS), esperava-se uma ocorrência maior do comportamento em questão. Entretanto, quando esta situação foi verificada no G1 (grupo de agentes com RHS abaixo da média, repertório deficitário) observou-se que dos 6 contextos ocorridos houve 4 emissões do comportamento de *“Agradecer elogios dados pelo residente à tarefa de inspeção”*.

Na Tabela9 pode-se observar que a interação entre agentes e residentes é mínima, principalmente no dado que diz respeito ao agradecimento dos agentes aos elogios por parte dos residentes. É interessante observar a incoerência entre as respostas quando em um primeiro momento, ao responderem o QP e HS, os agentes de saúde obtém um resultado satisfatório com relação aos objetivos desses dois instrumentos e em um momento posterior, quando eles são observados pela pesquisadora diretamente durante as visitas, há emissão de alguns comportamentos que não correspondem ao que foi respondido nos questionários. Neste sentido, conclui-se que os agentes podem estar sobre controle de estímulos completamente distintos tanto na hora de responder ao inventário como na hora de praticar aquilo que responderam. No senso comum isto é o *“faça o que eu digo, mas não faça o que eu faço”*, uma frase que descreve um processo bastante compreendido pela linha de pesquisa da Análise do Comportamento chamada de *“correspondência entre dizer e fazer”*.



A questão da aprendizagem e da educação são partes fundamentais desse trabalho uma vez que os agentes lidam o tempo todo com a tentativa de conscientização da população, e modificação de seu comportamento, a respeito dos problemas do dengue na cidade de Governador Valadares. Tais intuítos se fazem por comportamentos profissionais socialmente hábeis.

De acordo com Caballo (2003) os costumes sociais, a moda, a linguagem de uma sociedade estão sempre se modificando e é por isso que é necessário continuar aprendendo sempre, com o objetivo de as pessoas continuarem socialmente hábeis.

(...) uma resposta socialmente hábil seria o resultado final de uma cadeia de condutas que começaria com uma recepção correta de estímulos interpessoais relevantes, continuaria com o processamento flexível desses estímulos para gerar e avaliar as possíveis opções de resposta, das quais se relacionaria a melhor, e terminaria com a emissão apropriada ou expressão manifesta da opção escolhida. (Caballo, 2003, 13).

Logo, torna-se relevante ressaltar que o autor citado acima afirma que os elementos componentes da Habilidade Social (olhar, gestos, etc.) e os processos (tomar a palavra, escolher a ocasião apropriada, etc.) acontecem de maneira integrada em um indivíduo hábil; com isso pode-se entender que, uma vez que no IHS, em sua maioria neste trabalho, os agentes obtiveram resultados positivos, existe uma contradição evidente entre o dizer e fazer, pois essas características não foram observadas pela pesquisadora no momento das visitas. Mesmo sendo difícil contingenciar o comportamento adequado de dizer e fazer (com correspondência) ocorrendo em serviço, isto deveria ser feito pelo menos no início do exercício profissional para se garantir as correspondências esperadas entre o dizer instruído e o fazer sob controle do dizer.

Na medida em que a comunidade verbal estabelece certas contingências para tais correspondências, podemos modificar o comportamento não apenas por meio de instruções, mas também modelando o que se diz acerca do mesmo. Se forem reforçados tanto o dizer quanto a correspondência entre o dizer e o fazer, o fazer poderá ocorrer. Por meio de tais contingências, o próprio comportamento verbal de cada um pode se tornar eficaz como estímulo instrucional (Catania, 1999, p. 280).

Glenn (1989) abordou a função do comportamento verbal em uma prática cultural. Segundo ela a função do comportamento verbal é ser uma “cola” da prática, por estar intimamente relacionado ao entrelaçamento de contingências que a define. Neste sentido, olhando a falta de correspondência entre o dizer e o fazer dos agentes de saúde na prática cultural PMCD/GV a partir do que disse Catania é possível dizer que essa contradição aponta uma falha que pode estar no processo de modelação e modelagem do comportamento adequado do profissional, tanto durante os treinamentos dos agentes, quanto durante a inspeção.

Quanto ao comportamento interpessoal, buscou-se observar a emissão de alguns componentes básicos de habilidades sociais segundo Cabalo (2003), tais como os não verbais (expressão facial, olhar, sorrisos, postura, distância, gestos, oportunidade de reforço), os paralingüísticos (volume da voz, entonação, fluência e clareza, velocidade, tempo de fala) e os verbais (conteúdo, humor, atenção ao outro, pergunta e respostas). Tais componentes foram avaliados quanto à impressão que os mesmos causaram na pesquisadora durante a realização das visitas, segundo inspiração no instrumento Sistema de Avaliação Comportamental da Habilidade Social – SECHS, citado por Caballo (2003). A escala avaliativa utilizada foi: 1) Totalmente inadequado (impressão muito negativa); 2) Pouco inadequado (impressão parcialmente negativa); 3) Normal (impressão nem

positiva nem negativa); 4) Pouco adequado (impressão positiva); 5) Totalmente adequado (impressão muito positiva). No G1 impressões pouco inadequadas foram verificadas em 30% (n=3); normais em 50% (n=5); totalmente adequadas em 10% (n=1) e 10% (n=1) apresentaram mais de uma impressão (ora pouco adequada, ora normal). No G2 encontraram-se resultados semelhantes: impressões pouco inadequadas foram observadas em 40% (n=4), normais em 50% (n=5) e 10% (n=1) deixou várias impressões durante as visitas realizadas (ora adequado, ora inadequado, ora normal).

De acordo com todo o conhecimento aqui produzido, pode-se observar que sem um treinamento adequado para os agentes de saúde, muitos comportamentos inadequados continuarão sendo emitidos por falta de conhecimento do próprio agente quanto à sua capacidade e habilidade social para lidar com os residentes e, com êxito, convencê-los de que a prevenção ainda é o melhor caminho com relação ao combate do mosquito do dengue.

## **5.5. Aspectos Analítico-comportamentais da Prática Cultural**

### **PMCD**

Como visto, uma prática cultural pode ser caracterizada como uma macro ou uma metacontingência (Glenn, 2004). Uma metacontingência pode ser compreendida como um conjunto entrelaçado de contingências de reforçamento de comportamentos de atores individuais, no qual o comportamento e a consequência do comportamento de cada ator tem função de evento ambiental com o qual o comportamento de outros atores interagem (Glenn, 1988, 1991). Uma política pública, como é o caso dos PMCD's, é um exemplo de prática

cultural porque é descrito pelo entrelaçamento de contingências mantenedoras do comportamento de vários atores: políticos, secretários de estado, munícipes, gestores e servidores públicos. No caso do PMCD/GV, o entrelaçamento atual foi se dando a partir de acontecimentos históricos envolvendo a doença e que, de certa forma, ameaçaram a sobrevivência dos munícipes valadarenses.

De acordo com Skinner (1953/1998, p. 451), “o indivíduo adquire do grupo um extenso repertório de *usos e costumes*”, isso quer dizer que tudo o que ele faz, seja em termos de proteção do ambiente, coleta de lixo, cuidado com a saúde, ele faz a partir de uma série de controles que o atingem durante sua vida; controles esses que vêm, em parte, do grupo do qual ele é membro. De acordo com este autor, os comportamentos se conformam de acordo com os padrões de uma comunidade a partir do momento que alguns desses comportamentos são reforçados e outros são punidos ou extintos. O comportamento de seguir as regras do grupo é, em geral, reforçado durante a socialização familiar da criança e se estende à vida adulta, garantindo o controle necessário ao comportamento não verbal que as regras descrevem. Quando a sobrevivência do grupo é abalada pelo não seguimento de regras e, conseqüentemente, pela não emissão do comportamento não verbal correspondente, o grupo se mobiliza para conseguir que seus membros a sigam. Foi isto o que concorreu para o surgimento da prática cultural denominada PMCD/GV-MG. E isto é parte do ambiente compartilhado pelos valadarenses da época, aquilo que Skinner (1989/1991, p. 61) chamou de “ambientes reforçadores comuns” que foi se estendendo aos bairros da cidade. Esse “ambiente reforçador comum” reforçou o comportar-se de forma parecida com os outros para produzir uma conseqüência (agregada ou somada à

conseqüência do comportamento de todos os outros) gerando regras importantes à saúde da coletividade: “As regras nos dizem o que devemos fazer, no sentido de qual é a nossa obrigação para com o grupo.” (SKINNER, 1989/1991, p. 61).

Na história da prática cultural definida como PMCD/GV-MG foi possível observar que, ao longo dos anos de 2005 a 2009, quando vigorava a prática denominada Comitê de Combate ao Dengue de Governador Valadares, a execução de práticas administrativas foi mais freqüente do que a de outros tipos de práticas, ficando em segundo plano as práticas educativas e em terceiro, as preventivas. Isto deve ser levado em consideração como o repertório de “usos e costumes” dos membros do Comitê como a “prática” deles no período 2005-2009. Sabe-se que, uma vez que o grupo se comporta de determinada maneira e esse comportamento vai sendo reforçado ou punido, os comportamentos que constituirão uma prática daquela comunidade vão sendo conformados e adaptados à sua realidade (Skinner, 1953/1998). Quanto ao Comitê de Combate ao Dengue de Governador Valadares, pode-se observar que, naquele primeiro momento de tomada de decisão diante do agravo à saúde coletiva, as práticas administrativas foram sendo mais reforçadoras que outras e, por isso, foram mais executadas em relação às educativas e preventivas.

Neste contexto cabe o seguinte questionamento: por que práticas importantes (educacionais e preventivas) foram deixadas em segundo plano entre 2005 e 2009? Uma das possíveis respostas seria a falta de base para ações educativas e preventivas como, por exemplo, pessoal contratado, materiais e equipamentos, dentre outros, para a execução das práticas organizadas em um programa de política pública, como acontece atualmente no PMCD/GV. O modo

como se discutem e executam as práticas culturais é modelado pelo ambiente social do PMCD/GV e isso é algo que os dirigentes devem estar atentos. Sabe-se que criar contingências ou metacontingências é um processo difícil, porém, essas contingências ou metacontingências, quando arranjadas no ambiente social, podem manter o comportamento em formação no repertório do indivíduo e do grupo.

O objetivo de qualquer política pública em saúde coletiva é que os membros de uma coletividade, em grupo, “descubram” o significado de uma regra que especifica a situação contextual, o comportamento e a consequência do comportamento relacionado à saúde coletiva. Apesar de importante, os planejadores de políticas públicas devem saber que não basta que os munícipes obedecem às regras relacionadas à saúde já que “descobrimos o significado de uma regra quando nos engajamos no comportamento especificado por ela e quando somos afetados pelas consequências.” (Skinner, 1989/1991, p. 61). Neste contexto, entende-se que o simples fato das pessoas aprenderem que não devem deixar água parada nos pratos que ficam sob os vasos de plantas, não garante que abandonem imediatamente esse costume. Logo, para Skinner (1989/1991) apenas em longo prazo, quando as próprias contingências, a partir dos reforçadores naturais do ambiente físico, biológico e social, tiverem modelado a execução imediata das atividades que as pessoas realizam, será a ocasião propícia para identificar o que a regra realmente significa. Quando as consequências não são imediatas, como é o caso do dengue, o ambiente social é crucial na manutenção do comportamento adequado.

Skinner (1953/1998) ainda afirma que, além dos reforçadores naturais que existem no ambiente social (no caso, o reforço à obediência do seguir regras), algumas práticas podem ser mantidas em uma determinada comunidade através de outros benefícios que esta recebe. Sendo assim, o agente de saúde, ao executar uma determinada tarefa de combate ao dengue, complexa ou simples, fácil ou difícil, poderá fazê-la não somente pelo fato que essa trará benefícios para a sociedade, mas também, por seu trabalho lhe oferecer reforçadores que o motivam a realizar suas atividades profissionais. Neste contexto, um bom exemplo disso, são reforçadores simples como recompensas econômicas (em geral, sob a forma de gratificações) ou simbólicas (em geral, sob a forma de titulações).

Porém, é necessário afirmar aqui que um longo trabalho educacional-comportamental deve ser executado, tanto por parte dos dirigentes como por parte dos agentes, ambos aprendendo como fazer para que esse ambiente social seja reforçador para todos (agentes, dirigentes e residentes). Segundo Skinner:

(...) permanece o fato de que a comunidade como um todo freqüentemente estabelece o comportamento conformista através de técnicas essencialmente educacionais. Acima dos reforços recíprocos que mantêm o comportamento verbal, por exemplo, a comunidade amplia a classificação de "certo" e "errado" até certas formas daquele comportamento e administra de acordo os reforçadores generalizados de aprovação e desaprovação (1953/1998, p. 453).

O que se espera no presente trabalho é que haja, com efeito, uma observação clara dos comportamentos das pessoas envolvidas no PMCD/GV; uma observação direta das contingências na qual são executadas todas as práticas relacionadas como importantes ao combate ao problema do dengue. Isso indicará, posteriormente, quais são os comportamentos solucionadores deste

problema e comportamentos-problema; onde e quando eles devem ser emitidos ou não. Esse é um longo processo de adaptação e educação. Com relação ao comportamento em formação, Skinner acrescenta:

Talvez a explicação mais simples do reforço diferencial do comportamento em formação seja o processo de indução. As forças que modelam o comportamento ético aos padrões do grupo são poderosas. O grupo se dedica a suprimir mentiras, roubos, assaltos físicos, etc., por causa das conseqüências imediatas para seus membros. O comportamento do grupo ao assim fazer, será finalmente uma função de certos aspectos característicos do “bom” e “mau” comportamento do indivíduo controlado. Entre esses está a falta de conformidade ao comportamento geral do grupo. Há assim uma freqüente associação de propriedades aversivas do comportamento com a propriedade de não-conformismo a um padrão. O comportamento inconformado nem sempre é aversivo, mas o comportamento aversivo sempre é inconformado. Se essas propriedades forem emparelhadas com suficiente freqüência, a propriedade de não-conformação se torna aversiva. “Certo” e “errado” finalmente vêm a ter a força de conformado e não-conformado (...). Uma vez originado um costume, uso ou estilo, portanto, o sistema social que o observa parece ser razoavelmente automantenedor (1953/1998, p. 454-455).

No caso do dengue, isto quer dizer que os agentes têm uma vantagem com relação aos residentes para que esse reforço diferencial seja aplicado. E esta é a razão da ação dos agentes de saúde no controle de endemias (Brasil, 2001; 2002a; 2002b; 2006). Os próprios agentes de saúde parecem entender o que isso significa, mas falta agir de acordo com este entendimento durante suas visitas, fazendo com que os residentes não apenas entendam que existem comportamentos conformados e não-conformados com relação ao dengue, mas sejam elos de um entrelace de contingências cuja finalidade é que os residentes emitam comportamentos conformados até o momento em que isto se torne “automantenedor” sob controle da regra que caracteriza o entendimento; e que todos saibam que isso é socialmente relevante.

Fatos relacionando agravos à saúde coletiva e comportamentos inadequados de populações de risco já foram apontados por analistas do



comportamento no problema da malária, doença infecciosa aguda causada pelo protozoário *Plasmodium*, transmitido ao homem pelo mosquito vetor *Anopheles* (Rocha, Ferreira & Souza, 2005). Segundo Rocha, Ferreira e Souza (2005), a compreensão de como o comportamento dessas populações é controlado pelas contingências imediatas ou por regras que especificam conseqüências atrasadas é crucial em intervenções comportamentais em Saúde Coletiva quando a saúde é ameaçada, especialmente, pela junção de fatores propícios ao agravo à saúde: hospedeiros de parasitos, parasitos, presença de vetores de parasitos, condições ambientais e sanitárias da região e condições sócio-econômicas e culturais da população da região.

Como afirmou Skinner na citação anterior, tanto no caso da malária quanto no caso do dengue, as condições culturais – ou melhor, as práticas culturais – são automantenedoras dos comportamentos que caracterizam os “costumes” da população de uma região. Isto pode dar a entender que é difícil alterar uma prática cultural, seja no nível da macrocontingência ou no da metacontingência. De fato, além de ser bastante complexa, a cultura é muito poderosa, porém, não é unitária (Skinner, 1953/1998). As macrocontingências e metacontingências em uma mesma cultura ou em culturas diferentes podem se modificar ao longo da vida de uma pessoa que, com isso, precisa se adaptar cada vez que entra em contato com essas modificações. Sempre que ameaças à população controlarem a inserção dessas modificações, por exemplo, por meio de uma política pública, será esperado, no mínimo, que o comportamento das pessoas fique sob controle de regras enunciadas em leis, conselhos, instruções, advertências, etc.

Isto pôde ser observado em um momento da história das práticas culturais valadarenses para o enfrentamento do dengue. Por exemplo, no seu início, a preocupação do Comitê era informar a população sobre o vetor e a doença; o número de notificações sobre o dengue era baixo na cidade e não havia grandes movimentos para atuar diretamente com a prevenção e erradicação do mosquito. Ao longo dos anos houve um acréscimo nas estatísticas com relação ao número de casos notificados na cidade, configurando uma ameaça à população. A partir de então, começaram com maior freqüência movimentos educativos e de prevenção em bairros com altos índices de infestação por *Aedes aegypti*.

Com relação ao PMCD/GV, várias práticas puderam ser observadas e analisadas. Uma delas foi a freqüência de órgãos, entidades e organizações presentes em cada reunião do seu Comitê. Pôde ser observado que vários deles se mostraram freqüentemente presentes nas reuniões (como por exemplo, a Secretaria Municipal de Saúde – SMS – e de Educação – SMED); outros, nem tanto (como por exemplo, SAAE, PMMG, CEMIG). Mas, um dado interessante a ser levado em consideração foi a rara freqüência de participação das associações de bairros nas reuniões. Partindo do pressuposto que esse dispositivo representa a comunidade e, como tal, deve estar atento às questões de saúde coletiva, é preocupante observar que essa parcela da sociedade não esteve tão envolvida com a questão do dengue o quanto deveria. Pelo fato desse estudo analisar as atas apenas dos anos de 2005 a 2009, a partir do ano de 2010 não se pode informar se essa situação ainda ocorre durante as reuniões. Uma das maiores preocupações do Comitê é, justamente, sobre a alta freqüência de focos do mosquito nos chamados reservatórios de água mantidos sob os vasos das

plantas. O comportamento de evitar o acúmulo de água nesses reservatórios é algo constantemente pautado pelos agentes de saúde, uma vez que eles próprios relatam dificuldades em corrigir esse comportamento-problema dos residentes. Por essa questão, a presença das associações de bairro se faz extremamente importante nas reuniões.

Skinner (1953/1998) afirma, então, que o planejamento de uma cultura não deve ser deixado tanto ao acaso. Quando se observa o efeito da cultura sobre o comportamento, a origem da prática pode ser examinada mais de perto. De acordo com o autor, existem meios pelos quais se podem manipular pequenas partes do ambiente social para que, finalmente, se chegue a um todo bem estruturado: “Propor uma mudança em prática cultural, fazer a mudança e aceitar o mudado, são partes do nosso objeto de estudo. Embora esta seja uma das mais complexas das atividades humanas, o padrão básico parece claro.” (Skinner, 1953/1998, p. 464).

Quando Skinner (1953/1998, p. 465) fala de um planejamento “deliberado” de uma cultura ele quis indicar a introdução de uma prática cultural “por causa de suas conseqüências”. Essas conseqüências estão também relacionadas com práticas que no passado foram seqüenciadas de determinada maneira e que, hoje, se pode ter uma previsão do comportamento relacionado a ela. Estudando os eventos ambientais anteriores que levaram a uma mudança no ambiente, pode-se ampliar o conhecimento para a elaboração (ou planejamento, como prefere o autor) de uma prática cultural sustentável. Segundo Dittrich (2010) até mesmo a proposta de mudança de prática pode ser uma previsão de conseqüências, e neste contexto, o autor recomenda quatro etapas de análise

que facilitariam a sistematização de tal previsão: (1) categorização de conseqüências; (2) definir pessoas ou grupos afetados; (3) definir efeitos seletivos da conseqüência; (4) definir a seqüência temporal da conseqüência.

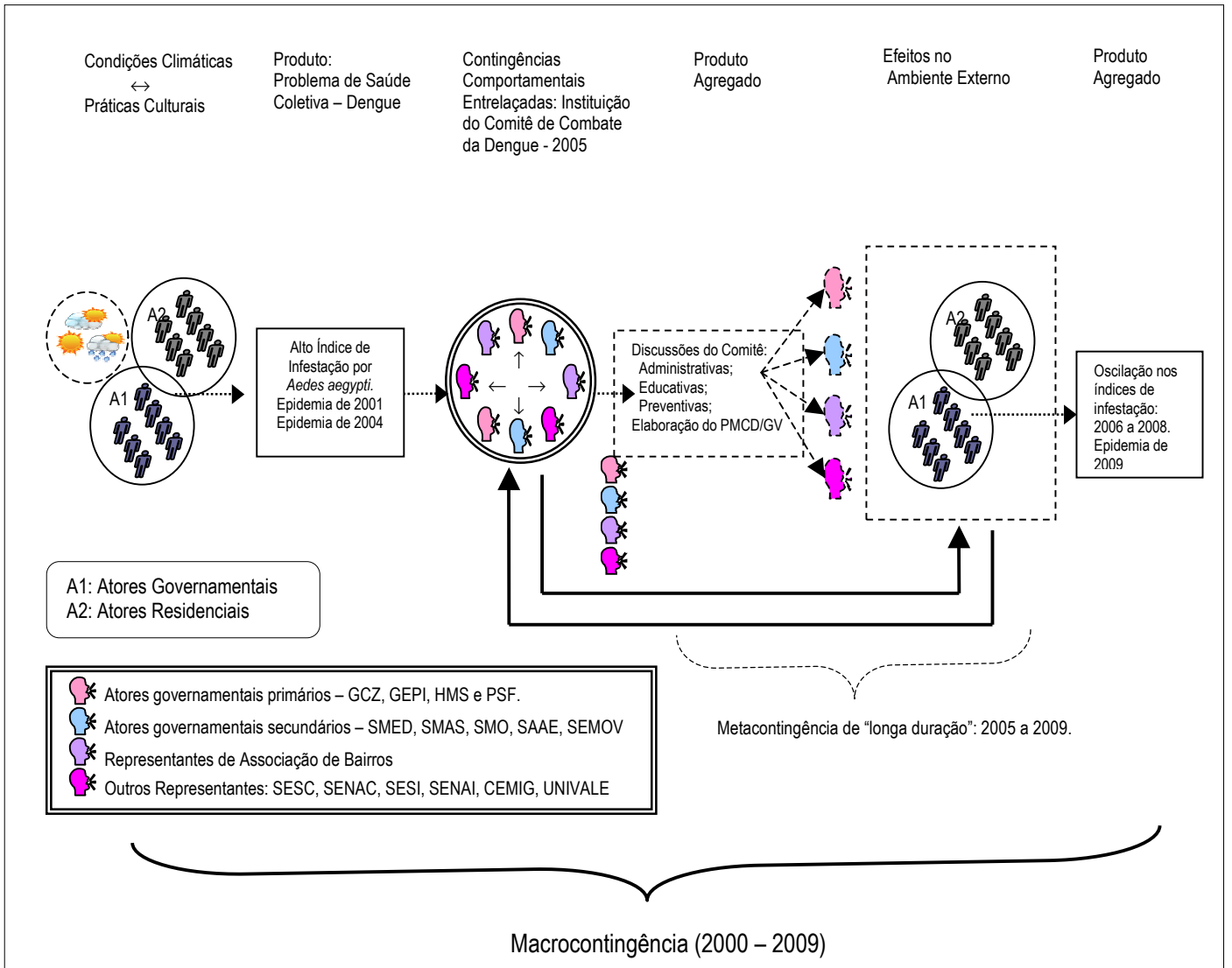
Neste sentido, para que haja uma funcionalidade nos trabalhos dos agentes de saúde e um melhor resultado dessas práticas, é necessário que haja também, mudanças eficazes nos planos de execução. Isso é claro, com um planejamento antecipado baseado nas práticas anteriores que deram certo e errado para que a partir delas possa ser feito um mapeamento do que será efetivo ou não no futuro.

A Figura 2 (à página 142, inspirada na pesquisa de Machado, 2007) é uma possível representação gráfica da prática cultural discutida no presente estudo. Primeiramente, a ilustração exhibe o panorama inicial do dengue na cidade de Governador Valadares, nos anos de 2000, antes do estabelecimento do Comitê Municipal de Combate ao Dengue e criação do PMCD. Destaca-se a influência das características do ambiente físico da cidade (índices pluviométricos e temperaturas ideais para proliferação do mosquito *Aedes aegypti*). Em seguida, ressalta-se a interação de práticas culturais de combate ao dengue: comportamento de atores governamentais (A1) e comportamento de atores residenciais (A2). Essas práticas, freqüentes ou ausentes, adequadas ou indevidas, produziram um produto cultural – alto índice de infestação por *Aedes aegypti* e, conseqüentemente, as epidemias ocorridas nos anos de 2001 e 2004, produto este, que passou a se caracterizar como um problema social e de saúde coletiva. Objetivando a alteração do produto agregado, atores governamentais tiveram a iniciativa de propor a criação do Comitê Municipal de Combate da

Dengue, envolvendo outros representantes da sociedade valadarense. Tal estratégia somou-se às atividades de controle e combate já exercidas. Neste contexto, pode-se afirmar que o comitê então criado configura-se como exemplo de uma metacontingência, cujas contingências entrelaçadas, produziram o PMCD e outras várias decisões e discussões sobre o dengue, dentre elas, as de caráter administrativo, educativo e preventivo. Logo, o presente estudo não tem como afirmar se há ou não modificação no repertório comportamental dos atores munícipes desta prática cultural, cujos produtos têm contribuído com o agravo do dengue. Entretanto, o registro de uma epidemia em 2009 indica que a metacontingência “Comitê Municipal de Combate da Dengue”, que gerou o PMCD/GV e outras sub-práticas culturais, não alterou produto agregado que qualificou o dengue como um grave problema de saúde coletiva entre os anos de 2000 a 2009.

Seguindo o objetivo do artigo de Rocha, Ferreira & Souza (2005), que sugere propostas de prevenção e controle para diminuir a incidência da malária, na Conclusão deste estudo são apresentadas algumas reflexões analítico-comportamentais que talvez permitam a compreensão do estado atual do produto agregado da prática cultural PMCD/GV.

Figura 2. Esquema Representativo da Prática Cultural de Controle ao Dengue de Governador Valadares/MG



## 6. CONCLUSÃO

O dengue é hoje uma das principais DTV's re-emergente no mundo. Na ausência de uma vacina preventiva e procedimentos químicos de controle ao vetor – seguros para saúde humana e ecossistema, o único elo vulnerável que reduz a sua transmissão é o controle ou erradicação do mosquito *Aedes aegypti*. Neste contexto, considera-se que a modificação de comportamentos humanos, tanto no nível das contingências individuais quanto das macro e metacontingências culturais, poderá ser um elemento-chave na solução deste problema.

Grande parte dos estudos e intervenções realizadas sobre o dengue tende a focar aspectos epidemiológicos, clínicos e biológicos deste fenômeno. Entretanto, mesmo sendo tais aspectos importantes na busca de soluções para controle e combate deste problema, é necessário atentar para os aspectos comportamentais, alguns deles enfocados pelo presente trabalho. Os dados obtidos por esta pesquisa confirmam a importância de realizar estudos comportamentais em Saúde Coletiva, sejam estes situados nas esferas individuais e/ou culturais, visando sempre a compreensão da forma de como estas esferas podem estar entrelaçadas e associadas funcionalmente.

Quanto ao problema de pesquisa proposto para o presente estudo, conclui-se que os métodos utilizados nesta pesquisa mostraram-se eficazes e relevantes para a investigação e compreensão dos fatores interpessoais e profissionais dos agentes de saúde do PMCD/GV-MG. Entretanto, verifica-se a necessidade de novos estudos que possam ampliar o entendimento das interações

comportamentais entre agentes de saúde e população residente, assim como questões relacionadas ao processo de capacitação deste profissional. No que se refere às habilidades profissionais dos agentes de saúde, observa-se que este profissional possui mais preparo no nível técnico do que no interpessoal. Neste contexto, sugere-se ao PMCD/GV o planejamento de aplicação de treinamentos que possam contemplar os elementos comportamentais descritos ao longo deste estudo.

Para que haja uma funcionalidade nos trabalhos dos agentes de saúde atuantes no controle do dengue e um melhor resultado da prática cultural PMCD/GV, faz-se necessário o estabelecimento de modificações nas políticas de saúde coletiva, com um planejamento antecipado baseado nas práticas anteriores que deram certo e errado para que a partir delas se possa prever o que será efetivo ou não no futuro. Enfatiza-se também a importância da educação em saúde ser mais operacionalizada nos termos da Análise do Comportamento, especificamente no como se pode fazer a modificação do comportamento de uma coletividade, pois ela – a educação em saúde – é um dos objetivos de qualquer metacontingência que define uma política pública em saúde coletiva. Isto implicará numa alteração em dois momentos da prática cultural aqui focalizada – o PMCD/GV-MG. O primeiro momento é o da capacitação deste profissional para um trabalho eficaz de educação em saúde, quando se arranjará contingências para a aquisição de competências interpessoais (necessárias a sua interação com a população residente) e de modificação do comportamento (que deverão ser parte essencial da necessária “competência técnica” enfatizada pela política atual). O segundo momento é o produto do primeiro: a interação eficaz do agente



de saúde com os residentes na comunidade que precisará ser reforçada, mantendo-se a coerente correspondência entre o dizer e o fazer.

Sendo assim, o papel da Análise do Comportamento frente a este problema social de saúde coletiva se define por buscar a sua compreensão e solução a partir da investigação da relação comportamento-ambiente em unidades de análise que possibilitem o entendimento e intervenção nestas questões. Enfoques teóricos como o Planejamento Cultural, Metacontingências/Macrocontingência, Práticas Culturais, Habilidades Sociais profissionais, dentre outros, vêm ao encontro desta necessidade e norteiam alguns caminhos a serem seguidos.

A ciência fornece sua própria sabedoria. Conduz a uma nova concepção do assunto, um novo modo de pensar sobre aquela parte do mundo a que se dedicou. Se quisermos desfrutar das vantagens da ciência no campo dos assuntos humanos, devemos estar preparados para adotar o modelo de comportamento de trabalho para o qual a ciência conduz inevitavelmente. Os maiores problemas enfrentados hoje pelo mundo só poderão ser resolvidos se melhorarmos nossa compreensão do comportamento humano (Skinner, 1953/1998,6; 1974/2006,11).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agência Brasileira de Inteligência. (2009). *Casos de Dengue bate recorde no país*. Recuperado em 9 de março, 2009, de <<http://www.abin.gov.Br/modules/articles/article.php?id=4015>>.

Albert , R. E. & Emmons, M.L. (1977). Assertion training in marital counseling. In R.E. (org), *Assertiveness: Innovation, applications, issues*. California, Impact.

Albuquerque, N. M. A.; Paracampo, C. C. P. & Albuquerque, L. C. (2004). Análise do papel de variáveis sociais e de conseqüências programadas no seguimento de instruções. *Psicologia, Reflexão e Crítica*, 17, pp. 31-42.

Almeida, A.S.; Medronho, R.A. & Valencia, L.I.O. (2009). Análise espacial da dengue e o contexto socioeconômico no município do Rio de Janeiro, RJ. *Rev. Saúde Pública*, 43(4), pp. 666-673. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.

Andery, M. A. P. A. & Serio, T. M. A. P. (2006). Comportamento social. Em H. J Guilhardi & N. C. Aguirre. (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Expondo a variabilidade*(vol18, pp. 124-132). Santo André, ESEtec Editores Associados.

Andery, M. A. P. A., Micheletto, N., & Sério, T. M. de A. P. (2005). A análise de fenômenos sociais: Esboçando uma proposta para a identificação de contingênciasn entrelaçadas e metacontingências. Em J. C. Todorov, R. C. Martone, & M. B. Moreira (Orgs.), *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. (pp. 129-147) Santo André, SP: ESETec.

- Baglini, V., Favaro, E.A., Ferreira, A.C., Chiaravalloti Neto, F., Mondini, A., Dibo, M.R., Barbosa, A.A.C., Ferraz, A.A. & Cesarino, M.B. (2005). Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 21(4), pp. 1142-1152. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Baum, W. M. (1999). *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura*. (M.T.A. Silva, M.A. Matos, G.Y. Tomanari & E.Z. Tourinho, trads) Porto Alegre, Editora Artes Médicas Sul Ltda.
- Biglan, A. (1995). *Changing cultural practices: A contextualistic framework for intervention research*. Reno, Context Press.
- Bohrer, K. & Ellis, J. (1998). Analysis of Contingencies and Metacontingencies in a Private Sector Workplace. *Behavior and Social Issues*. 8, p. 1.
- Brasil, Ministério Da Saúde. (1996). *Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. Diário Oficial da União, 10 de outubro de 1996.
- Brasil, Ministério Da Saúde. (2001) Fundação Nacional de Saúde. Dengue: instruções para pessoal de combate ao vetor: Manual de normas técnicas. 3ª ed., Brasília, FUNASA.
- Brasil, Ministério Da Saúde. (2002a). Fundação Nacional de Saúde. Guia de vigilância epidemiológica. 5ª ed. Brasília, FUNASA.
- Brasil, Ministério Da Saúde. (2002b). Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Brasília, FUNASA.
- Brasil, Ministério Da Saúde. (2006). Fundação Nacional de Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Brasília, FUNASA.

- Brassolatti, R. C. & Andrade, C. F.S. (2002). Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. *Ciênc. saúde coletiva*, 7(2), pp. 243-251. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Brito, M. & Forattini, O. P. (2004). Produtividade de criadouros de *Aedes albopictus* no Vale do Paraíba, SP, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 38(2), pp. 209-215. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Caballo, V.E. (2003). *Manual de Avaliação e Treinamento em Habilidades Sociais*. São Paulo, Santos Editora.
- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: Comportamento, linguagem e Cognição*. 4<sup>a</sup>. Edição. Porto Alegre, Artes Médicas Sul.
- Cesarino, M.B., Ferraz, A.A., Ferreira, V., Lázaro, E.S.M. & Mello, A.A. (2009). O controle da dengue com auxílio de carroceiros. *Saúde e Sociedade*, 18(suplemento), pp. 82. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Chiaravalloti Neto, F., Baglini, V., Cesarino, M.B., Favaro, E.A., Mondini, A., Ferreira, A.C., Dibo, M.R., Barbosa, A.A.C. & Ferraz, A.A. (2007). O Programa de Controle do Dengue em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil: dificuldades para a atuação dos agentes e adesão da população. *Cad. Saúde Pública*, 23 (7), pp. 1656-1664. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Chiaravalloti Neto, F., Barbosa, A.A.C., Cesarino, M.B., Favaro, E.A., Mondini, A., Ferraz A.A., Dibo, M.R. & Vincentini, M.E. (2006). Controle do dengue em uma área urbana do Brasil: avaliação do impacto do Programa Saúde da Família com relação ao programa tradicional de controle. *Cad. Saúde Pública*, 22 (5), pp. 987-997. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.

Claro, L.B.L.; Tomassini, H.C.B. & Rosa, M.L.G. (2004). Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cad. Saúde Pública*, 20(6), pp. 1447-1457. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.

Costa Junior, A.L., Ferreira, R.S. & Rolin, G.S.(2008). Psicologia da Saúde: comunicando informações e ensinando comportamentos de saúde. In: SILVA, W.C.M.P. *Sobre Comportamento e Cognição: Análise Comportamental Aplicada*. (v. 21, pp. 353-366) Santo André, ESETec Editores Associados.

Degallier, N., Favier, C., Boulanger, J.P. & Menkes, C. (2009). Casos importados e autóctones na dinâmica da epidemia de dengue no Brasil. *Rev Saúde Pública* 43(1), pp. 1-7. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.

Del Prette e Del Prette (2007). *Psicologia das Relações Interpessoais – Vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis, Vozes.

Del Prette Z.A.P. & Del Prette Z.A. (2001) *Inventário de Habilidades Sociais (HIS-Dell-Prette): Manual de Interpretação*. São Paulo, Casa do Psicólogo.

Del Prette Z.A.P. & Del Prette Z.A. (2006). Relações interpessoais e habilidades sociais no âmbito do trabalho e das organizações. Recuperado em 9 de março, 2009, de <<http://www.rihs.ufscar.br>>.

Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A.(2009a) *Psicologia das habilidades sociais: diversidade teórica e suas implicações*. Rio de Janeiro, Vozes.

Del Prette, Z.A.P. & Del Prette, A.(2009b) *Psicologia das habilidades sociais: terapia, educação e trabalho*. Rio de Janeiro, Vozes, 6 ed.

- Dittrich, A. (2010). Análise de conseqüências como procedimento de para decisões éticas. *Revista Perspectivas* 1(1), pp. 44-54.
- Dragen, J.C. e Alavousius, M.P. (2008) Bicyclist and Motorist Environments: Exploring Interlocking Behavioral Contingencies. *Behavior and Social Issues*. 17, 139-60.
- Duarte, H.H.P. & França, E.B. (2006). Qualidade dos dados da vigilância epidemiológica da dengue em Belo Horizonte, MG. *Rev Saúde Pública*, 40(1), pp. 134-142. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Eiras, Á.E. & Resende, M.C. (2009) Avaliação preliminar da tecnologia "MI-Dengue" para o monitoramento e controle do *Aedes aegypti*. *Cad Saúde Pública* 25, pp. S45-S58. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Ellis, J. & Magge, S. (2007) Contingencies, Macrocontingencies, and Metacontingencies in Current Educational Practices: No Child Left Behind? *Behavior and Social Issues*. 16, 5-16.
- Ferreira, B.J., Souza, M.F.M., Soares Filho, A.M. & Carvalho, A.A. (2009). Evolução histórica dos programas de prevenção e controle da dengue no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* 14(3), pp. 961-972. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Flauzino, R.F., Souza, S.R. & Oliveira, R.M. (2009). Dengue, geoprocessamento e indicadores socioeconômicos e ambientais: um estudo de revisão. *Rev Panam Salud Publica* 25(5), pp. 456-461. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.

- Forattine, O.P. (2004). *Ecologia, Epidemiologia e Sociedade*. 2<sup>a</sup> ed. Artes Médicas, São Paulo.
- França, E.; Abreu, D. & Siqueira, M. (2004). Epidemias de dengue e divulgação de informações pela imprensa. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), pp. 1334-1341. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Glenn, S. & Mallot, E.M. (2005b). *Complexidade e Seleção: Implicações para a mudança organizacional*. IN: J.C. Todorov, R.C. Martone & M. B. Moreira (orgs), *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. (pp. 101-128) Santo André, ESETec Editores Associados. (Trabalho original publicado em 2004).
- Glenn, S. S. (1987). Rules as environmental events. *The Analysis of Verbal Behavior*, 5, pp. 29-32.
- Glenn, S. S. (1989). Verbal behavior and cultural practices. *Behavior Analysis and Social Action*, 7, pp. 10-15.
- Glenn, S. S. (1991). Contingencies and metacontingencies: relations among behavioral, cultural, and biological evolution. Em P. A. Lamal (Org.), *Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices*, pp. 39-73. New York: Hemisphere Publishing Corporation.
- Glenn, S. S. (2004). Individual Behavior, Culture and Social Change. *The Behavior Analyst*, 27, pp. 133-151.
- Glenn, S. S. (2005a). Metacontingencies in Walden Two. *Behavior Analysis and Social Action*, 5, pp. 2-8. (Trabalho original publicado em 1986).

Glenn, S.S. (1988). Contingencies and metacontingencies: Toward a synthesis of behavior analysis and cultural materialism. *The Behavior Analyst*, 11, pp. 161-179.

Governador Valadares. Prefeitura Municipal / Secretária Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Coletiva / Gerência de Controle de Zoonoses: *Programa de Controle do Mosquito Aedes-aegypti*, 2005.

Governador Valadares. Prefeitura Municipal / Secretária Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Coletiva / Gerência de Controle de Zoonoses: *Índice de Infestação do Vetor Aedes aegypti*, 1997-2009.

Governador Valadares. Prefeitura Municipal / Secretária Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Coletiva / Gerência de Epidemiologia: *Controle de Casos de Dengue*, 2000 - 2009.

Governador Valadares. Prefeitura Municipal / Secretária Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Coletiva / Gerência de Controle de Zoonoses: *Plano de contingência de combate a dengue*, 2006; 2009.

Governador Valadares. Prefeitura Municipal / Secretária Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Coletiva / Gerência de Controle de Zoonoses: *Cadernos de Atas do Comitê Municipal de Combate a Dengue*. 2005; 2009.

Guerin, B. (1992). Social behavior as discriminative stimulus and consequence in Social Anthropology. *The Behavior Analyst*, 15 (1), 31-41.

Guerin, B. (1994). Atitudes e crenças como comportamento verbal. *The Behavior Analyst*, 17, 155-163.



- Guerin, B. (2001). Individuals as social relationships: 18 ways that acting alone can be thought of as social behavior. *Review of General Psychology*, 5 (4), 406-428.
- Guerin, B. (2005). Combating everyday racial discrimination without assuming racists or racism: new intervention ideas from a contextual analysis. *Behavior and Social Issues*, 14, 46-70.
- Hays, S.C. (1989). *Rule-governed behavior cognition, contingencies and instructional control*. New York, Edited By.
- Houmanfar, R. & Rodrigues, N.J. (2006) The Metacontingency and the Behavioral Contingency: Points of Contact and Departure. *Behavior and Social Issues*.15, 13-30.
- Lamal, P.A. (1991). *Behavioral Analysis of Societies and Cultural Practices*. New York, Hemisphere Publishing Corporation.
- Lamal, P.A. (2001) Higher Education: Social Institution or Business? *Behavior and Social Issues*.11, 65-70.
- Lefevre, A.M.C, Lefevre, F., Scandar,S.A.S., Yasumaro, S. & Sampaio, S.M. (2003). Representações dos agentes de combate ao *Aedes aegypti* sobre a estratégia de retirada do inseticida nas ações de controle do vetor. *Rev. bras. epidemiol.*, 6(4), pp. 359-372. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Lenzi, M. F. & Coura, L.C. (2004). Prevenção da dengue: a informação em foco. *Rev Soc. Bras. Med. Trop*, 37(4), pp. 343-350. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.

- Machado, V.L.S. & Todorov, J.C. (2008). Alguns conceitos envolvidos na análise e compreensão dos fenômenos culturais. In: W.C.M.P, SILVA, (org). *Sobre Comportamento e Cognição: Análise Comportamental Aplicada*. (Vol. 21, pp. 283-303) Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Machado, V.L.S. (2007). *O comportamento do brasileiro na faixa de pedestre: exemplo de uma intervenção cultural*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia – Depto de Processos Básicos, Universidade de Brasília. Brasília, Distrito Federal, Brasil.
- Malott, M.E. & Glenn, S.S. (2006). Targets of Intervention in cultural and Behavior Change. *Behavior and Social Issues*. 15, pp. 31-56.
- Martinelli, J. C. M. e Chequer, M. A.A. (2006). Análise das práticas culturais – Contribuições de Antony Biglan (1995). In: R.R. Starling & K.A. Carvalho, K.A (org). *Ciência do Comportamento – Conhecer e Avançar* (Vol 5, p. 106-124). 1ª ed. Santo André, ESETec Editores Associados.
- Martin, G., & Pear, J. (2009). *Modificação de comportamento: o que é e como fazer* (8ª ed.) (N. C. Aguirre, Org. Trad.). São Paulo: Roca. (Trabalho original publicado em 2007).
- Martins, V.E.P., Martins, M.G., Araújo, J.M.P., Silva, L.O.R., Monteiro, H.A.O., Castro, F.C., Vasconcelos, P.F.C., Guedes, M.I.F. (2009). Primeiro registro de *Aedes (Stegomyia) albopictus* no Estado do Ceará, Brasil. *Rev Saúde Pública* 40(4), pp. 737-739. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Martone, R. C. (2002) Podemos nos beneficiar do conceito de metacontingências na análise dos problemas sociais? In: A.M.S. TEXEIRA, *Ciência do Comportamento: Conhecer e avançar* (Vol 2, pp.164-175). Santo André, ESETec Editores Associados.

- Matos M.A. (1999) Com o que o behaviorismo radical trabalha? In: R.A. Banaco, (org). *Sobre comportamento e cognição*. (vol. 1, pp. 45-53). Santo André, ARBytes Editora.
- Mattaini, M. A. (1996). Evisoning Cultural Practices. *The Behavior Analyst*. 19, pp. 257-272.
- Mattaini, M. A. (2003a). Understanding and Reducing Collective Violence. *Behavior and Social Issues*. 12, 90-108.
- Mattaini, M. A. (2003b). Constructing Nonviolent Alternatives to Collective Violence: A Scientific Strategy 12, 148-163.
- McFall, R. M. (1982). A review and reformulation of the concept of social skills. *Behavioral Assessment*, 4, 1-33.
- Michael, J. (1993a). Establishing operations. *The Behavior Analyst*, 16 (2), 191-206.
- Michael, J. (1993b). Concepts and principles of behavior Analysis. Kalamazoo: Society for the Advancement of Behavior Analysis.
- Mondini, A. & Chiaravalloti Neto, F. (2007). Variáveis Socioeconômicas e transmissão de dengue. *Rev Saúde Pública*, (41)6, pp. 923-930. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Moreira, M.B. & Medeiros, C. A. (2007). Princípios básicos na análise do comportamento. Porto Alegre, ArteMed.
- Nunes, T.A. (2005). *Dengue, Saúde e Comportamento*. Trabalho de Conclusão de Curso. Curso de Psicologia, Núcleo de Análise do Comportamento e Prática

Cultural, Universidade Vale do Rio Doce. Governador Valadares, Minas Gerais, Brasil.

Oliveira, R.M. & Valla, V.V. (2009). As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, 17(suplemento), pp. S77-S88. Recuperado em 7 de maio, 2010, <<http://www.scielo.org>>.

Pedrosa, J.I.S.; Teles, J.B.M. (2001). Consenso e diferenças em equipes no programa de saúde da família. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n. 3, 303-311.

Penna, M.L.F. (2003). Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue. *Cad. Saúde Pública*, 19(1), pp. 305-309. Recuperado em 23 de março, 2009 de <<http://www.scielosp.org>>.

Pérez, G.C.L.; Zielinski, G.E.; Vargas, T.D. & Clark, G.G. (2009). *Rev Panam Salud Publica*, 25(3), pp. 218-226. Recuperado em 7 de maio, 2010, <<http://www.scielo.org>>.

Pessanha, J.E.M., Caiaffa, W.T., César, C.C., & Proietti, F.A. (2009) Avaliação do Plano Nacional de Controle da Dengue. *Cad. Saúde Pública* 25(7), pp.1637-1641. Recuperado em 7 de maio, 2010, <<http://www.scielo.org>>.

Pimentel, F.C., Albuquerque, P.C. & Acioli, R.M.L. (2009). Análise do processo de trabalho dos agentes de vigilância ambiental do município de Olinda, Pernambuco. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(6), pp. 2209-2214. Recuperado em 23 de março, 2009 de <<http://www.scielosp.org>>.

Rangel-S, M.L. (2008). Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. *Interface (Botucatu)*, 12(25), pp. 433-431. Recuperado em 9 de março, 2010 de <[www.scielo.org](http://www.scielo.org)>.

Rezende, J.M. (2004). Linguagem Médica – Notas históricas e fisiológicas sobre a palavra dengue. Recuperado em 07 de maio, 2010 de <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/dengue.htm>>.

Rocha, L.A. & Tauil, P.L. (2009). Dengue em criança: aspectos clínicos e epidemiológicos, Manaus, Estado do Amazonas, no período de 2006 e 2007. *Rev Soc. Bras. Med. Trop.*, 42(1), pp. 18-22. Recuperado em 9 de março, 2010 de <[www.scielo.org](http://www.scielo.org)>.

Rocha, M.N.A., Perreira, E.A.P. & Souza, J.M. (2005). Uma proposta de prevenção e controle da malária em pequenas comunidades. *Rev Paraense de Medicina*, 19(4), pp. 47-50.

Sales, F.M.S. (2008). Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(1), pp. 175-184. Recuperado em 9 de março, 2010 de <[www.scielo.org](http://www.scielo.org)>.

Sampaio, A. A. S. & Andery, M. A. P. A. (no prelo). Três fenômenos sociais: Comportamento Social, produção agregada e prática cultural. *Psicologia: teoria e pesquisa*.

Sampaio, A. A. S. (2008). *A quase-experimentação no estudo da cultura: Análise da obra Colapso de Jared Diamond*. Dissertação de mestrado, Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento, PUC-SP, São Paulo.

Santos, H.E. (2008). A trajetória de um vetor muito perigoso. Em: GOVERNADOR VALADARES. Prefeitura Municipal / Secretária Municipal de Saúde / Departamento de Saúde Coletiva / Gerência de Controle de Zoonozes.

- Santos, R.L.C. (2003). Atualização da distribuição de *Aedes albopictus* no Brasil (1997-2002). *Rev Saúde Pública*, 37(5), pp. 671-673. Recuperado em 9 de março, 2010 de <[www.scielo.br/publichealth](http://www.scielo.br/publichealth)>.
- Schatzmayr, H. G. (2001). *Viroses emergentes e re-emergentes*. *Cad. Saúde Pública*, 17(suplemento), pp. 209-213. Recuperado em 9 de março, 2001 de <[www.scielo.br/publichealth](http://www.scielo.br/publichealth)>.
- Sidman, M. (2003). Terrorism as behavior. *Behavior and Social Issues*, 12(2), pp. 83-89.
- Signal, T. & Taylor, N. (2008) Propensity to report intimate partner violence in australia: community demographics. *Behavior and Social Issues*, 17, pp.8-19.
- Silva, A.T.B.; Del Prette, Z.A.; Del Prette, G.; Montanher, A.R.P.; Bandeira, M. & Del Prette, A. (2006). A área das Habilidades Sociais no Brasil: Uma análise dos estudos publicados em periódicos. Em: Bandeira, M.; Del Prette, Z.A. & Del Prette, A. *Estudos sobre Habilidades Sociais e Relacionamento Interpessoal*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, L.J. & Richtmann, R. (2006). Vacinas em desenvolvimento: estreptococo do grupo B, herpes-zóster, HIV, malária e dengue. *J. Pediatr. (Rio J.)* 82(3), pp. s115- s124. Recuperado em 9 de março, 2010 de <[www.scielo.br/publichealth](http://www.scielo.br/publichealth)>.
- Slinner, B. F. (1980). *Contingências de Reforçamento*. In: *Os pensadores*. São Paulo, Abril Cultural, 1980.
- Skinner, B.F (2007). Seleção por Conseqüências. *Rev Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, IX (1), pp. 129-137. (Publicação original de 1981).

- Skinner, B.F. (1998). *Ciência e Comportamento Humano*.(J.C. Todorov & R. Azzi, Trad.) São Paulo, Martins Fontes. (Publicação original de 1953).
- Skinner, B.F.(1995). *Questões Recentes na Análise do Comportamento*. Campinas, Papirus segunda edição. (Publicação original de 1988)
- Skinner, B.F.(2006). *Sobre o Behaviorismo*. São Paulo, Cultrix, 2ª Edição. (Publicação original de 1974).
- Sudo, C. H., Souza, S. R. & Costa, C. E. (2006). Instrução e modelação no treinamento de mães no auxílio à tarefa escolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 8, pp. 59-72.
- Tauil, P.L. (2001). Urbanização ecológica do dengue. *Cad. Saúde Pública*, 17, pp. 99-102. Recuperado em 9 de março, 2009 de <[www.scielo.br/publichealth](http://www.scielo.br/publichealth)> .
- Tauil, P.L. (2002). Aspectos críticos do Controle da dengue no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 18(3), pp. 867-871. Recuperado em 9 de março, 2009 de <[www.scielo.br/publichealth](http://www.scielo.br/publichealth)>.
- Teixeira Júnior, R.R. & Souza, M.A.O. (2006) *Vocabulário de Análise do Comportamento: um manual de consulta para termos usados na área*. São Paulo, ESETec Editores Associados.
- Teixeira, M.G., Costa, M.C.N., Barreto, F. & Barreto, M.L. (2009). Dengue: vinte e cinco anos da reemergência no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 25, pp. S7-S18. Recuperado de 7 de maio, 2010, de <<http://www.scielo.org>>.
- Teixeira, M.G.; Barreto, M.L.; Guerra, Z. (1999). Epidemiologia e medidas de prevenção do dengue. Informe Epidemiológico do SUS, v. 8, n. 4, 5-33.

- Todorov, J.C (2005). A constituição como Metacontingências. In: Todorov. J.C. Moreira, M. B. & Moreira, M. (orgs). *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade* (pp. 29-36) Santo André, ESETec Editores Associados.
- Todorov, J.C. (2006). The Metacontingency as a Conceptual Tool. *Behavior and Social Issues* 15, 92-94.
- Todorov. J.C., Moreira, M. B., & Moreira, M. (2005). *Metacontingências: comportamento, cultura e sociedade*. Santo André, SP: ESETec Editores Associados.
- Tourinho, E. Z. (2008) *Definições de metacontingência e a unidade de análise de fenômenos culturais*. Apresentação pertencente à mesa-redonda no XVII Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental, Campinas – SP.
- Ulman, J. (2006) Macrocontingencies and Institutions: A Behaviorological Analysis. *Behavior and Social Issues*. 15, 95-100.
- Wermelinger, E.D., Cohen S.C., Thaumaturgo,C., Silva, A.A., Ramos, F.A.S., Souza, M.B. & Souza, M.B. (2008). Avaliação do acesso aos criadouros do *Aedes aegypti* por agentes de saúde do programa saúde da família no município do Rio de Janeiro. *Rev Baiana de Saúde Pública*, 32(2), pp. 151-158. Recuperado em 7 de maio, 2010, de <[http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-n2/Revista\\_Vol\\_32\\_n\\_2\\_2008.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/rbsp/volume32-n2/Revista_Vol_32_n_2_2008.pdf)>.
- Whitehead, S. *et al.* (2007) Prospects for a dengue virus vaccine. *Nature Reviews Microbiology*, 5, pp. 518-528.
- WHO – World Health Organization (2010). *Dengue and dengue haemorrhagic fever – Prevalence*. Recuperado em 25 julho, 2010, de<<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>>



WHO – World Health Organization. (2008). Guidelines for the clinical trials of dengue vaccines in endemic areas. WHO, Geneva, 2008, p. 46.

Zortea, T.C., Moraes, L.G. & Borloti, E.B. (2007) Análise cultural e prática clínica: identificando e discutindo as possibilidades e limites da terapia comportamental em meio a contextos sociais aversivos. In: Starling, R.R.(org). *Sobre Comportamento e Cognição: Análise Comportamental Aplicada*. (Vol. 19, capítulo 10). Santo André, SP: ESETec Editores Associados.

## **ANEXOS**