

## Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icarai, Caucaia, Ceará

Health education actions for the prevention and control of dengue fever: a study at Icarai, Caucaia, Ceará State, Brazil

Fátima Maria de Sousa Sales<sup>1</sup>

**Abstract** *This study analyses education actions and their strategies for preventing and controlling dengue fever, highlighting constraints and difficulties. Conducted through a qualitative approach at the Primary Care Unit and 8 properties in Icarai, Ceará State, Brazil, its 17 subjects are divided into groups: I (8 PCU users); II (4 Endemic Disease Control Agents); and III (5 healthcare practitioners). The data was collected through semi-structured interviews, participative observation and documentary analyses, using a hermeneutic dialectic analysis method. The findings indicate that health education actions are divergent, while transforming actions are ineffective in terms of impacts on the disease. Difficulties include: weak location-specific actions; educational messages whose contents are not tailored to their contexts; authoritarian and coercive strategies; absence of public policies; gaps between PCU and local population; stress on public health campaigns; practitioners who do not listen to the population and vice-versa; with technical expertise still prevailing over users. The evidence underscores the need for actions strengthening the possibilities of empowering the subjects, helping them become responsible for their own lives and citizenship construction processes.*

**Key words** *Health education, Dengue fever, Nursing in the Public Health System, Hermeneutic dialectic*

**Resumo** *O estudo analisa as ações educativas para prevenção e controle da dengue, as estratégias utilizadas nas ações educativas e aponta os limites/dificuldades. Abordagem qualitativa, desenvolvida na Unidade Básica de Saúde e oito imóveis em Icarai-CE. Os sujeitos foram dezesseis pessoas, distribuídas entre três grupos: I (oito usuários da UBS); II (quatro Agentes de Controle de Endemias); III (cinco profissionais de Saúde). As técnicas de coleta de dados: a entrevista semi-estruturada; a observação participante, a análise de documental. O método de análise foi hermenêutica dialética. Pode-se afirmar que as práticas educativas em saúde são divergentes, a ação transformadora é ineficaz para impactar a doença. Apontaram-se como dificuldades as fragilidade e ações pontuais; conteúdo das mensagens educativas descontextualizadas; estratégias autoritárias e coercitivas, ausência de políticas públicas, limites entre a UBS e a população; ênfase às campanhas sanitárias; os profissionais não ouvem a população e vice-versa; ainda predomina o saber técnico sobre o usuário. Evidencia a necessidade de ações que fortaleçam a possibilidade dos sujeitos terem o poder e a responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania.*

**Palavras-chave** *Educação em Saúde, Dengue, Enfermagem em Saúde Pública, Hermenêutica dialética*

<sup>1</sup> 2ª CERES de Caucaia, Secretária de Saúde do Estado do Ceará. Rua Gois 82, Bairro Grilo. 61600-000 Caucaia CE. fmssales@uol.com.br

## Introdução

As epidemias de dengue são responsáveis, no mundo, por milhares de casos e óbitos anualmente e, no Brasil, o nível endêmico dessa doença está relacionado à elevada infestação domiciliar pelo *Aedes aegypti* e infestações humanas pelos diferentes sorotipos do vetor.

Pelo fato de grande parte dos criadouros infestados ou potenciais se encontrarem no interior dos domicílios, as atividades educativas têm cada vez mais responsabilidades, tanto no engajamento da população na eliminação dos criadouros, como no esclarecimento sobre a dengue e sua etiologia<sup>1</sup>.

Entretanto, as diversas estratégias desenvolvidas pelas instituições governamentais proporcionam aumento de conhecimento sobre dengue, mas parecem impotentes diante das sucessivas epidemias com ocorrências de casos em níveis elevados<sup>2,3,4</sup>.

O tema Educação em Saúde vem sendo abordado na atualidade. Autores<sup>5,6,7,8,4</sup> evidenciaram a necessária atuação conjunta da população e instituição no planejamento de atividades educativas para prevenção e controle da dengue, fortalecendo o vínculo entre ambos.

Desse modo, a Educação em Saúde tem papel relevante como evidenciam os autores<sup>7</sup>; em estudo que realizaram sobre o efeito de uma campanha educacional para reduzir criadouros de *Aedes aegypti*, concluíram que esta reduz mais efetivamente que produtos químicos.

Segundo o autor<sup>10</sup>, a atividade Educação em Saúde não é decidir o que é importante, mas facilitar as condições para as pessoas encontrarem a melhor forma de cuidar da saúde, tendo atitudes conscientes, decidindo por seu projeto de vida.

Sobre educar, o autor<sup>11</sup> pontua: [...] *é construir; é libertar o ser humano das cadeias do determinismo neoliberal, reconhecendo que a história é um tempo de possibilidades. É um 'ensinar a pensar certo' como quem fala com a força do testemunho.*

Os autores<sup>12</sup> acentuam: *o papel do cidadão longe de ser mero cumpridor de ações ditadas por técnicos e autoridades públicas é também de um 'sujeito sanitário' crítico e responsável pelos processos coletivos de construção da saúde.*

Diante de tantas evidências, é possível observar que Educação em Saúde é uma ferramenta que ao longo dos anos vem sendo discutida e recomendada e que cada vez mais se torna necessária dentro de um contexto sanitário.

O Ceará, ao longo dos anos, vem trabalhando para implantação de programas de Educação

em Saúde para o controle da dengue; no entanto, sua implementação contém vários desafios, a começar pela criação e aperfeiçoamento de técnicas de intervenção que contribuam para reverter o quadro<sup>14</sup>, onde no ano de 2003 foram notificados 37.947 casos suspeitos de dengue, sendo que 23.789 (62,6%) foram confirmados laboratorialmente. O município de Caucaia-CE notificou neste mesmo período 1.093 casos suspeitos, sendo que 465 (42,5%) foram confirmados laboratorialmente e ocupa por ordem crescente o sétimo lugar em relação ao estado<sup>13</sup>.

Inúmeros estudos<sup>3,4,8,5,15,19,6</sup> vêm apontando como desafios: considerar o senso comum e o saber popular dos usuários; o trabalho integrado do Agente de Controle de Endemias e a população; a capacitação dos profissionais e o seu novo papel, não mais como fiscalizador e sim como orientador; a banalização da dengue como um fato inevitável; ausência de outras políticas públicas; o acesso à informação de qualidade; valorizar aspectos sociais e culturais da população e construção de material educativo adequado à população.

O interesse em analisar, numa perspectiva crítica, como ocorrem as ações educativas para prevenção e controle da dengue é justificado pela sua relevância, pelo fato de acreditar que para o controle do *Aedes aegypti* é vital a adesão da população. Apesar da literatura existente, identificou-se a escassez de estudos com o enfoque que se quer imprimir: desvelar o universo do profissional/educador através da análise da sua ação pedagógica/profissional. Tais conhecimentos são necessários para desenvolver estratégias mais efetivas e contribuir para as políticas de prevenção e controle da dengue.

## Metodologia

Estudo de abordagem qualitativa, numa perspectiva histórico-dialética<sup>16</sup>, cujo recorte espacial foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) e o conjunto de oito imóveis com foco de *Aedes aegypti*, na localidade de Icaraí (3.181 habitantes), Caucaia (CE). Os sujeitos do estudo foram dezessete pessoas, distribuídas entre três grupos: I (oito usuários da UBS); II (quatro Agentes de Controle de Endemias) e III (cinco profissionais da Equipe de Saúde da Família vinculados à UBS).

A coleta de dados se deu em duas situações distintas: a primeira como observação participante, destacando-se: a postura e a linguagem do profissional, ações educativas (conteúdo, estratégias,

recursos visuais e audiovisuais e outros), interação profissional/usuário, que ocorreu em toda a pesquisa a fim de subsidiar os aspectos considerados relevantes em diferentes espaços. A pesquisadora acrescentou conhecimentos em momentos que achou necessário, tendo o cuidado de não causar transtorno, mas sim, de contribuir. Esta técnica ocorreu no período de fevereiro a maio de 2005, sendo realizada tanto na UBS, onde participava das atividades dos profissionais de saúde, como também durante as visitas dos Agentes de Controle de Endemias (ACE) nos domicílios, onde teve a oportunidade de compreender a interação e intervenção entre os ACE e os usuários. A segunda foi a entrevista semi-estruturada com roteiros distintos baseados nos objetivos e pressupostos, tendo abordado os temas: ações de educação em saúde (estratégias, limites e dificuldades na realização pelos profissionais), avaliação dos conhecimentos prévios da população sobre a dengue, as políticas de saúde do Ministério da Saúde (campanhas do 'Dia D'). Foram realizadas em locais e horários previamente agendados entre o pesquisador e o entrevistado.

O desenvolvimento da entrevista se deu de forma peculiar, num clima alegre, de confiança, num período de quatro meses (fevereiro a maio de 2005), com uma média de duração de cinquenta minutos cada, as falas foram gravadas e atenderam à resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os dados foram coletados após parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE) com o processo memorando nº 04464328 em 20 de fevereiro de 2005.

Foi utilizada para obtenção de outras informações que subsidiassem o estudo a análise documental de dados oficiais da Secretaria Municipal de Saúde de Caucaia: Plano Municipal de Saúde (2001, 2005); Relatório de Gestão (2004); Plano Participativo Municipal de Educação (2004); Plano de Intensificação de ações e Controle da Dengue e do Ministério da Saúde: Portaria nº 2057 e Portaria nº 44.

Para análise dos dados, optou-se pelo método hermenêutico dialético, para dar conta de uma interpretação aproximada da realidade<sup>16</sup>. Procuramos interpretar a fala no contexto onde é produzida a partir da atuação em campo, da reflexão sobre a dimensão simbólica das ações dos sujeitos e da complexidade das relações sociais.

## Análise dos resultados

Com base nos dados analisados, foi observado que, no setor saúde, as prioridades e os conhecimentos educativos necessários continuam sendo determinados pelo grupo de técnicos sem questionar e/ou considerar as razões, os interesses e os saberes da população. Mesmo quando procuram revesti-los com discursos locais ou associando-os com acontecimentos e crenças da população, não ultrapassam o "hiato" entre o discurso tecnicista e o contexto social, utilizam, como afirma o autor<sup>17</sup>, **uma nova roupagem antropológica**, continuam repetindo o modelo da educação tradicional.

Em Icarai, encontraram-se situações parecidas com as colocadas pelo autor, como vemos na entrevista: [...] **toda vida que a gente passa a gente fala e tem gente que diz assim: não se preocupe não que eu sei! Mas, a gente quer repetir de novo pôr mais que a pessoa diga: eu já sei** (G II, ent. nº 1). Comentando esta fala, destacou-se o fato do educador repetir a mensagem mesmo diante da argumentação da moradora afirmando que "eu já sei". Não seria necessário saber como a população constrói seu conhecimento para se trabalhar?

Será que dessa maneira o conteúdo tem significado para o usuário de forma a despertar interesse pela sua compreensão ou essa prática não provoca a saturação do conteúdo informativo? Conhecer como a população se comporta em relação à dengue é fundamental para a elaboração de estratégias<sup>8</sup>.

Com base nas observações realizadas, pode-se afirmar que no Programa de Controle da Dengue a prática educativa é divergente de uma prática promotora de ação transformadora, conforme demonstra o trecho abaixo:

**[...] cada vez mais a gente vem notando que a parte política de divulgação, fica uma coisa muito a nível de papel, sai campanha, sai aquilo outro, muito para constar o fazer [...] as campanhas estão aí, né, mas até mobilizar mesmo as pessoas, fazer um trabalho porque são tantas outras questões assim até básica de saúde, que o lixo já vai ficar em terceiro ou quarto plano [...] fazem o movimento quando tem uma campanha, mas aí não segura aquilo ali, quando chega na casa das pessoas, vêm com aquele trabalho só de praxe e fica a gente sem um retorno, sem um envolvimento, sem um esclarecimento, sem uma orientação.** (G I, ent. nº 3).

As falas anteriores evidenciaram que há entre a população e os profissionais de saúde uma falta de diálogo e um desgaste, gerando um sentimento de negatividade, falta de credibilidade, tanto no desenvolvimento do trabalho dos profissionais, como, também, por parte dos usuários, além de inexorável visão fatalista, que a vida das pessoas está nas mãos do outro, isto é, do governo. Aliado a isso e concordando com os autores<sup>15</sup>, as pessoas estão limitadas para o desenvolvimento de prevenção, pois são afetadas por outras políticas públicas (baixa escolaridade, ausência de saneamento, disponibilidade de água e outras) e o trabalho da educação perde o valor.

Com base no trabalho de campo e nos dados empíricos, pode-se caracterizar que a opção pedagógica assumida pelos sujeitos da pesquisa foi a educação de transmissão, caracterizada pelo autor<sup>18</sup> como “educação bancária” e os depoimentos abaixo são ilustrativos:

[...] **quando você não é bem recebido é pelo contrário, você só faz aquela seqüência, se sente obrigatório de dar aquela educação sanitária, então aquela coisa forçada, já não agrada ninguém.** (G II, ent. n° 1)

[...] **tem pessoas que esquecem, que não ficam com aquela mensagem que a gente colocou na cabeça dela, né, aquela informação importante.** (G III, ent. n° 3)

[...] **eu tenho a educadora ali na minha área a profissional da saúde, ela é uma educadora sanitária, mas só que eu tenho a obrigação de dar educação pra ela, porque eu sei que ela vai ser a primeira pessoa a chegar junto a Secretária e dizer; a guarda passou na minha residência e não falou nada.** (Grupo II, ent. n° 1)

Olhando para o primeiro discurso (G II, ent.1), percebeu-se que a atitude do profissional depende da acolhida, se sente “obrigado” a dar aquela educação sanitária. É interessante, ainda, salientar a distância entre a usuária e o profissional e a autoridade que emana deste. Na visão “bancária” da educação, o saber é doação dos que se julgam sábios aos que julgam nada saber<sup>18</sup>. O depoimento seguinte (G III, ent. n° 3) reflete a absorção de informação pelo educando sem uma crítica, sem uma contextualização. Isto não condiz com uma postura de um sujeito que produz história, transforma a realidade.

Na fala de (G II, ent. n°1) verificou-se que o entrevistado diz que “dar a educação a ela”, não por achar necessário, mas por medo de uma punição, uma vez que a usuária é profissional de nível superior, educadora sanitária.

Vale ressaltar que as atividades de Educação

em Saúde estão evidenciadas na Constituição de 1988, onde estão garantidas, efetivamente, as necessidades de sua implantação e/ou implementação e o que é visto, na realidade, é uma prática de saúde enfatizando intervenções restritas a ações curativas, situadas na doença e distantes da promoção da saúde. Isto pode ocorrer como reflexo do modelo educativo vivenciado nos programas de controle marcado pelo padrão médico-epidemiológico<sup>4,15</sup>.

Um dos maiores desafios para a construção do conhecimento entre profissionais e população reside na linguagem que pode dificultar/impedir uma autêntica interação e sem esse encontro há restrições ao diálogo. O educador lança mão de meios disponíveis, as estratégias (dentre outras palestras, demonstrações), com vistas à obtenção de seus objetivos. No entanto, foi observado que ainda predomina a dificuldade por parte de uma parcela dos profissionais de saúde em aceitarem que a população seja capaz de elaborar pensamentos sobre problemas complexos, arquiteta-los e executá-los.

Por acharem que as usuárias não vão entender as mensagens, os profissionais as simplificam, tornando-as diferentes do desejado. Essa forma de atuar pode dificultar manifestações de diálogo, não só por conta da linguagem, mas também pelo tom que o profissional impõe à conversa, por acreditar ser detentor do conhecimento.

Essa forma de trabalhar promove o poder (**empowerment**) dos profissionais e a submissão dos usuários, pois envolve a imposição de verdades. O que se espera é, em vez disso, que os ensinamentos ajudem-nos a tomar decisões, levando em conta fatores ambientais, científicos, culturais e sociais. A esse respeito, a autora<sup>19</sup> nos diz ser um desafio a ser superado.

Entretanto, a estratégia de ensino-aprendizagem caracterizada como diálogo é uma comunicação de ida e volta, sem bloqueios para que possa chegar a um acordo. Conforme esta estratégia, é possível questionar o próprio ponto de vista e admitir que os interlocutores sejam questionados um pelo outro. Portanto, o diálogo é o inverso da dominação e do autoritarismo. Seu caráter é construtivo, amplo e educativo, pois através dele as pessoas são levadas a refletir sobre o assunto em discussão. Diante do exposto, importa assinalar o que o autor<sup>18</sup> pronuncia:

[...] **o diálogo é uma exigência existencial não pode reduzir-se a um ato de depositar idéias de um sujeito no outro, nem tampouco tornar-se simples troca de idéias a serem consumidas pelos permutantes. [...] neste lugar de encontro, não há igno-**

**rantes absolutos, nem sábios absolutos: há homens que em comunhão, buscam saber mais [...] o diálogo se faz numa relação horizontal.**

Durante as observações realizadas nos domicílios, percebeu-se uma relação hierárquica entre profissionais/moradoras marcada por assimetria quanto aos ensinamentos técnicos.

As práticas educativas na UBS de Icarai/CE não foram diferentes, por mais que os profissionais tivessem um discurso voltado para o diálogo, a prática permanecia a mesma. O fato é que, frequentemente, ouviu-se dos profissionais expressões como: “[...] mas a gente nota que as pessoas ficam sempre naquela “meia calada”, mas a gente procura orientar, né?” (G II, ent. 2).

Neste sentido, é bem possível que a população tenha total lucidez sobre sua situação social e enorme clareza de que a esperança de uma melhoria significativa seja ilusão, tal como o autor<sup>20</sup> nos alerta. É possível que orientações como prevenir a dengue, eliminar criadouros e destruir depósitos não signifiquem possibilidades reais de mudanças. Desse modo, a população, por não confiar nas autoridades, manifesta sua passividade como resultado da prática do governo ao longo dos anos com programas verticais<sup>3</sup>.

Vale salientar que, fora do aspecto técnico, predominava, também, um certo grau de afetividade; porém, ela não influenciava para a mudança de comportamento nem dos usuários, nem dos profissionais.

Um outro aspecto se diferenciou quanto à forma de trabalhar os conhecimentos sobre o controle da dengue, entre a prática executada na capital do estado e a desenvolvida na localidade de Icarai, ocasionando diferentes entendimentos da população sobre as ações desenvolvidas pelos dos Agentes de Controle de Endemias, gerando descompasso e desgaste entre os grupos; para ilustrar estas situações, apresentam-se os depoimentos:

**[...] um senhor vive em Fortaleza, né, e a primeira vez que eu pego o apartamento dele aberto, então eu falando com ele, né: bom dia, meu nome é M, eu tô fazendo um trabalho contra a dengue. Ele disse: rapaz você não vai entrar aqui. Por que senhor? Ele respondeu: eu moro em Fortaleza em apartamento, o pessoal da ‘SUCAM’ passa lá e dizem que não é preciso colocar larvicida no ralo, porque eu estou usando diariamente. Aí eu disse: não senhor, é a primeira vez que eu pego o apartamento do senhor aberto, aí ele foi indo, foi indo, até cedeu, aí ele deixou eu entrar, mas em compensação ele ia todo tempo dizendo coisa; dizendo coisa que a gente agüenta cada uma, sabe.** (G II, ent. n° 2).

**[...] uma senhora falou pra mim que lá [casa**

**dela] tava cheia de focos, eu falei pra ela: olha, a senhora tem que esvaziar o tanque e lavar a caixa, né? aí ela disse: não isso é serviço de agente de saúde! Eu disse: não minha senhora, meu serviço é orientar a senhora, pra senhora ter orientação como fazer. Não, isso não é serviço. Aí ela deixou lá no jeito que tava.** (G III, ent. n° 5)

Nos dois depoimentos, verificou-se divergência na conjugação das expectativas entre morador e Agente Controle de Endemias. A mudança desse quadro se dará à medida que a população tenha acesso à informação de qualidade e seja envolvida no planejamento de atividades educativas e uma definição mais precisa quanto às ações dos profissionais de saúde, porque às vezes fica evidente que os agentes são os responsáveis pela limpeza dos quintais, caixa d’água, etc., em outras eles são apenas orientadores. Questiona-se quem resolverá o impasse e como a população identificará o verdadeiro papel<sup>8</sup>.

Os autores<sup>6</sup> apontam que vários trabalhos não têm contribuído para a associação entre os conhecimentos e práticas de controle da dengue; no entanto, programas que contam com a intervenção da comunidade têm relatado mudança de atitude da população com a diminuição dos criadouros do vetor e citam como experiência bem sucedida o programa “Adote seu Quarteirão”, em Belo Horizonte (MG), onde se propôs um trabalho de mobilização social para a efetiva participação da população no enfrentamento do problema.

É notório que, em muitos casos, a população constrói um o modelo dos conteúdos que são repassados, distantes da literatura científica; em relação aos conceitos da dengue não foi diferente, em especial *Aedes Aegypti*, mosquito da dengue. Não resta dúvida que, na população de Icarai, alguns conhecem o mosquito e sabem descrevê-lo; entretanto, é fundamental frisar que o volume de informações emitidas pelo Ministério da Saúde, em folheto, cartazes, mídia, carece de conteúdos adequados, pois passaram para a população a idéia de um mosquito bem diferente do real. A fala seguinte demonstra bem essa situação:

**[...] uma senhora chamou pra me mostrar o mosquito da dengue que ela tinha pegado. Ela disse: tá, eu peguei lá, matei e tá guardado. E quando eu cheguei lá, vi dentro de um vidrinho um besouro grande, que eles chamam lá no interior; não é que o rapaz disse que era ele, no caso, era aqueles cavalos, aqueles que o pessoal chamam aqui cavalo do cão, que é aquele pretozão grande.** (G II, ent. n° 2)

A demonstração utilizada como estratégias de ensino, em Icarai, pelo ACE para coleta das

larvas - usando o “pesca-larva”, em seguida pedindo que o morador o fizesse e a apresentação de tubitos com mosquito - representou uma forma diferenciada de ensino-aprendizagem. Na realidade, o fato de mostrar o mosquito em sua fase de larva, pupa e adulto, de forma real, despertou interesse dos moradores, que passaram a reconhecer estes estágios em suas residências de forma imediata. Percebe-se que, nestas visitas domiciliares, tanto os ACE e a população mergulham no processo ensino-aprendizagem com mais embasamento.

Os autores<sup>5,12</sup> fazem referências quanto à valorização do senso comum e o saber popular como um requisito valioso na elaboração de intervenções mais participativas e eficientes.

Outra estratégia aplicada é a palestra e, lamentavelmente, observou-se que esta ação educativa, tão difundida no espaço das instituições de saúde para prevenção e controle de muitas doenças, entre outras a dengue, continua sua realização restrita ao profissional médico e enfermeiro principalmente, e o ACE não pode falar com os moradores na UBS, só é permitido no domicílio. Isto justifica, de certa forma, o atraso do processo de mudanças nas práticas de saúde. Como articular os profissionais para desenvolverem um trabalho coletivo sobre dengue, cuja solução reside na união de todos?

Causou espanto como é que, sendo a dengue uma doença viral sem tratamento específico e ainda sem vacina, e com um único método atualmente disponível para a sua prevenção, o combate ao vetor, o *Aedes aegypti*, as instituições governamentais ainda não transformaram dengue em pauta de destaque em suas atividades rotineiras.

A fala de um entrevistado complementa o que analisamos:

**[...] como a dengue é uma doença sazonal, que ocorre em certos períodos do ano, a gente não fala o ano todo sobre dengue, não. A gente se restringe a esses períodos de chuva, o período em que o mosquito pode eclodir o seu ciclo produtivo, né? Então é nesse período em que a gente fala mais.** (G III, ent. n° 2)

A situação apresentada torna-se mais delicada quando, a partir dos dados empíricos, constatou-se escassez de recursos visuais e audiovisuais, conforme os depoimentos:

**Nós usamos uns cartazes, até levamos amostras do Aedes, um ciclo para eles verem, mas claro, recursos mínimos, não tinha nenhum vídeo, né? Então ficava muito difícil.** (G III, ent. n° 4).

“A gente usa o que a gente tem do Ministério, que eles [médica e enfermeira da UBS] dão pra gente, quando tem”. (G III, ent. n° 5)

**[...] às vezes, aparece na unidade [material educativo]. A Prefeitura encaminha, a Secretaria de Saúde encaminha, então, repassa pra gente fazer colagem na área da gente.** (G III, ent. n° 3)

A convergência explicita-se em relação à dificuldade de obtenção de material informativo; porque não produzir material educativo com atores e cenários da comunidade, considerando aspectos do turismo nacional e internacional? Como aponta o autor<sup>5</sup>, tradicionalmente, os educadores pensam que só eles conhecem a resposta correta, sem perceber que membros da comunidade têm suas idéias e conhecimento. Precisam conhecer dados sociais e culturais que permitam identificar as percepções e as práticas dos membros da comunidade em relação àquela doença.

No entanto, a fala do entrevistado expressa assimetria entre comunidade e instituição: “nós convidamos pra assistir as palestras, mas eles participarem da elaboração das palestras, não”. (G III, ent. n° 4).

No caso do PSF, que tem, dentre suas atividades, as ações educativas como ferramenta essencial para incentivar a auto-estima e o autocuidado das pessoas, promovendo reflexões que conduzam a modificações nas atitudes e comportamentos das famílias, se fazem necessárias a formação continuada desses profissionais de saúde, para uma atuação em equipe, com abertura ao diálogo, a troca, e a transdisciplinaridade entre os distintos saberes formais e não-formais que contribuam para as ações de promoção de saúde a nível individual e coletivo. Nesse aspecto, concorda-se com o autor<sup>12</sup>, quanto à importância da capacitação adequada dos profissionais para o trabalho educacional.

Uma estratégia utilizada e bastante polemizada trata-se da campanha do ‘Dia D da Dengue’. Com base nas observações e no material empírico, percebeu-se que esta estratégia não é atrativa para a população de Icarai e que o seu desenvolvimento concentra-se, apenas, na parte mais central da localidade, não se estendendo para as demais comunidades, onde se localiza forte desigualdade da organização do espaço urbana, gerando bolsões carentes de infra-estrutura de saneamento básico, como água potável, coleta de lixo e escolas, além de necessitar de uma adequada estrutura de educação em saúde. Embora a dengue seja uma endemia que se caracteriza por intensa dispersão geográfica e social, é também correto afirmar que tais bolsões constituem locais propícios e vulneráveis para surgimento de criadouros<sup>12</sup>.

Nesse sentido, concorda-se com o que o au-

tor<sup>17</sup> expressa, as campanhas sanitárias são as ações de saúde mais carregadas de tradição. Foram as primeiras ações ampliadas de saúde pública brasileira. Na atualidade, as campanhas vêm sendo realizadas, em ações temporárias, desvinculadas da dinâmica social local e voltadas para a execução de ações delimitadas e padronizadas previamente. A fala do depoente revela-se desfavorável com o emprego desta estratégia; além de gastos dos recursos financeiros, revela desperdício e uso irracional. Seria, essa, uma forma adequada para enfrentar uma epidemia de curso tão complexo? Para o autor<sup>8</sup>, essas campanhas pouco interferem no cotidiano das pessoas.

*[...] têm as campanhas, fazem o movimento quando tem uma campanha, mas aí não segura aquilo ali, fica ali só em volta daquela campanha, é filmado, é televisado, é isso e aquilo outro, e faz só uma passeata, pronto, aquilo ali, pronto, aí mostrou isso e fica aquilo ali que serve pra uma propaganda na televisão o ano todo do movimento que houve, no entanto aquilo foi só uma aparência pra dizer que a sociedade está envolvida, a comunidade está envolvida. Quando chega na casa das pessoas, dos moradores, vêm com aquele trabalho só de praça e fica a gente sem um retorno, sem um envolvimento, sem um esclarecimento, sem uma orientação mesmo de como proceder.* (G I, ent. n° 3)

A depoente seguinte mostra uma outra visão sobre as ações educativas, evidenciando entendimento e satisfação:

*[...] entendem [as pessoas entendem], se não entender, minha filha, pode ir pro Jardim, pra fazer o bê-á-bá e o bê-é-bé, porque tem que entender. O certo é entender: Eles [agentes] falam, eles agem. Eles dizem assim: "Você não tá entendendo? Se você não tiver entendendo, eu explico bem devagarinho o jeito que é pra ser." Aí a gente pede pra explicar, e ele explica, com a maior calma do mundo. Se não quiser entender, é porque a pessoa tá só fazendo hora com ele mesmo. Entra num ouvido e sai no outro. [...] acho que está tudo ótimo. As pessoas é que precisam cuidar mais da sua casa, como aqui em casa, foi descuido nosso.* (G I, ent. n° 8).

Pode ser interpretado o motivo de tanta satisfação desta narradora, como uma visão diferenciada dos demais usuários sobre as ações educativas desenvolvidas em Icarai.

Para as autoras<sup>1</sup>, a informação sobre a dengue, considerada um importante componente de promoção da saúde e prevenção, deveria circular intensamente durante todo o ano, evitando a falsa idéia de que a dengue só ocorre no verão. Para as autoras, a informação é uma estratégia de intervenção que ainda se encontra distante da reali-

dade social, é preciso que seu acesso seja assegurado de forma simples e clara para ser compreendido pelo maior número de pessoas, fato que pode contribuir para uma prevenção mais efetiva.

Nos trechos seguintes, as falas sobre as ações educativas divergem do pensamento das autoras:

*A gente faz, não são constantes, a gente faz palestras com a comunidade, mas de assuntos diversos, além de dengue. Também procura falar com os agentes comunitários de saúde, esclarecer pra eles estarem dando informações à comunidade a respeito da dengue. É isso.* (G III, ent. n° 2);

*[...] tem as campanhas, fazem o movimento quando tem uma campanha, mas aí não segura aquilo ali, fica ali só em volta daquela campanha.* (G I, ent. n° 2).

*[...] seria bom se fosse trabalhado diariamente, movimentando o pessoal sempre. Mostrar que a dengue é um caso sério e que a dengue tá aí, né? Não só como aqui na área da gente, a gente não encontra não só no inverno, mas como no verão também.* (G II, ent. n° 2).

Outros autores, discutindo sobre a aquisição de conhecimento, dizem que a população constrói em cima do conjunto de informações adquiridas seu "conhecimento" e dão significado ao trabalho de prevenção da dengue. Eles questionaram a forma como essas informações são transmitidas às comunidades por meio da mídia de massa e dos discursos, valores e crenças dos profissionais<sup>19</sup>.

Sobre a visita e o trabalho educativo de Agentes de Saúde, algumas mulheres participantes de um estudo<sup>21</sup> classificaram importantes os trabalhos realizados por eles, mas, quanto às informações repassadas sobre a doença, elas não se sentiam bem informadas.

Ainda nesse sentido, cabe refletir sobre o que escreveu o autor<sup>22</sup>: *será que são as informações que potencializam a ação ou é o convívio entre distintos sujeitos que fornecem as possibilidades de ação, através da ampliação e fortalecimento das redes sociais de apoio? É possível haver adesão dos sujeitos a uma proposta de transformação, somente porque estes ficaram "melhor/ mais informados" ou é necessário que estes sujeitos também se sintam valorizados/apoiados?*

Assim, inspirado no pensamento freireano<sup>18</sup>, foi possível perceber na relação profissional/usuário uma convivência onde não é buscada a autonomia dos usuários. O pensamento consiste: *[...] se pretendemos a libertação dos homens, não podemos começar por aliená-los ou mantê-los alienados. A libertação autêntica, que é a humanização em processo, não é uma coisa que se deposite*

***nos homens. Não é uma palavra a mais, oca, mitificante. É práxis, que implica na ação e na reflexão dos homens sobre o mundo para transformá-lo.***

O enunciado levou a refletir sobre como os sujeitos que atuam especificamente no campo da assistência elaboram representações acerca de dengue, que embora contraditórias, imprecisas, podem se constituir em critérios de prevenção e controle. Neste contexto, seria atribuída às representações sociais uma função instrumental e o ato educativo passaria a se identificar como um processo de “desconstrução” das representações vistas como incorretas. Os depoimentos abaixo são representativos desta afirmativa:

***[...] aí, a gente conta para eles: oh, aqui é o seguinte, como eu já cheguei a encontrar numa casa, fui explicando para o rapaz, ele era até de Pentecostes [município] e não tinha noção realmente de como era a dengue. Aí, eu peguei a larva, mostrei pra ele: oh, aqui é a dengue e tu tem mais cuidado com esse vaso com essa água, se tu não tirar, então, tu coloca, pelo menos, o cloro que ele evita de criar. Aí, eu fui explicar pra ele, porque ele não sabia o que era dengue.*** (G II, ent. n° 2).

***Hoje, finalmente sim [a população conhece dengue], muita coisa eu creio errado, mas, assim, alguma coisa, com certeza, eles devem saber.*** (G III, ent. n° 4).

O entrevistado (G II, ent. n° 2) tem um entendimento confuso e limitado, identifica a larva como sendo a doença dengue, que na realidade ainda não é. Seu discurso deixa de lado outros aspectos, como questões ligadas ao ambiente, ao saneamento, à disponibilidade de água e todo um contexto, pois dengue não é somente larva, é muito mais complexo. Desse modo, não se pode concordar com sua postura do entrevistado, que necessita de outros conhecimentos para melhor atuação no controle vetorial, desenvolvendo ações específicas. Assim, enfatiza-se que a não circulação de informações ou informações de má qualidade pode levar à inação ou a ações ineficazes.

De acordo com os autores<sup>23</sup>, a mudança do perfil dos agentes de controle de vetores proporcionou o aumento da adesão dos moradores de uma das áreas estudadas pelos autores, o que comprova a relevância da formação dos profissionais para as práticas educativas.

Pela concepção compreendida até aqui, para o enfrentamento da dengue, é vital a adesão da população, melhor formação e a atuação dos profissionais de saúde, numa perspectiva interdisciplinar, além da atuação do governo.

Na realidade de Icarai, foram percebidas diversas situações do cotidiano profissional que

demonstraram relação desde autoritária, paternalista, até cordial, afetuosa e de obediência, caracterizando predominantemente relação assimétrica.

No espaço institucional, vários fatores contribuem para a relação entre os sujeitos do estudo, como foi observado na fala do depoente:

***[...] acho que a educação deveria ser um plano mais aprofundado no PSF, na UBS. Mas o que acontece? Há uma demanda muito grande de atendimento, muitas pessoas. A questão da educação, que é um ponto fundamental no PSF, na saúde pública, fica a desejar. [...] são muitas as dificuldades [para realizar ações educativas], falta espaço, não tem onde sentar e nem cadeiras, o vídeo está sem cabo, falta folhetos sobre dengue e transporte para deslocamento para as comunidades, além da falta de tempo para prevenção, que é muito pouco*** (G III, ent. n° 3)

Olhando detalhadamente para o recorte acima, analisam-se alguns pontos. Apesar dos avanços com a implantação do PSF, cuja prática sanitária está ancorada na Vigilância à Saúde e, portanto, necessitando para sua construção estar cravada nos pilares - território, problema e intersectorialidade -, ainda não é possível obter vantagens na interação desses sujeitos quanto ao enfrentamento da dengue.

Ainda centrando o olhar na entrevista n° 3, não se concorda com a argumentação de que a falta de local adequado para a realização das ações de educação em saúde na área física da UBS seja motivo, pelo fato de existir na sua área de abrangência espaços, tais como, escolas, clube, associações, igreja e outros que podem ser utilizados com esse propósito. A ação intersectorial, um dos pilares da vigilância a saúde, consiste em tomar problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos<sup>24</sup>.

Diante do exposto, entende-se que a prática de saúde, como foi demonstrado, ainda, traz a reprodução do modelo médico-epidemiológico, denunciando as assimetrias entre os diferentes sujeitos. Compreende-se essa questão como um limite a ser superado, pois, dessa forma, favorece o isolamento dos sujeitos e, para a resolução do problema dengue, só será possível através da integração: população, governo e profissionais.

## **Considerações finais**

Nesse trabalho, marcou-nos os impasses vividos no setor saúde que podem ser correlacionados com os impasses mais gerais em que se encontra a sociedade brasileira. Certamente, os problemas de saúde não se resolvem indepen-



dentemente das outras questões da economia e da política.

Assim, sintetizamos limites da UBS que, na sua forma de atuar, tende a excluir parte da clientela que não consegue adequar-se às suas exigências de organização, insuficiência e ao seu papel eminentemente curativo. Ressaltamos o impasse entre o que a Unidade oferece e as necessidades da população. Além disso, são visíveis os limites quanto à ultrapassagem do espaço físico e a prática de diálogo.

A análise das informações propiciou-nos apreensão da educação em saúde como ineficaz para impactar a doença dengue. Levantamos por ocasião do trabalho de campo diversos aspectos quanto à sua prática, como: fragilidade e ações pontuais; conteúdo das mensagens educativas distantes da realidade local; estratégias autoritárias e coercitivas, além de converter as pessoas, os receptores, em meros receptáculos de mensagens taxativas.

Outro ponto destacadamente frágil reside no fato da tradição campanhista firmemente cristalizada na estrutura institucional de enfrentamento das endemias e zoonoses. Aqui, um aspecto preocupante refere-se aos limites da responsabilidade do governo, que não resolve a questão da escassez da água, saneamento e rede de esgoto e, no entanto, injeta um volume expressivo de re-

ursos financeiros em campanhas como o dia D de Dengue, que sinaliza em muitos aspectos resistência da população e profissionais de saúde, além de ineficiente e incapaz.

Encontramos outras constatações não menos surpreendentes, como: os profissionais de saúde não conseguem escutar a fala dos usuários e vice-versa. Defendemos o modelo onde não se perca a oportunidade de falar, esclarecer e realizar um trabalho fundamental, que é fortalecer a possibilidade de os sujeitos se verem com poder e responsabilidade pela própria história e pelo processo de construção de sua cidadania.

Por fim, não podemos deixar de comentar, entre o usuário e o profissional, a predominância de uma relação assimétrica, embora ancorada em sentimentos de confiança e cordialidade. Entretanto, ainda predomina o saber técnico sobre o usuário e um fator minimizador dessa assimetria se deu com o zoneamento dos Agentes de Controle de Endemias nas áreas de atuação do ACS. Fato esse considerado pelos profissionais de saúde como avanço, pois reduziu significativamente os focos na localidade de Icarai.

A título de considerações finais, apontamos limites, avanços e perspectivas, mas com a clareza do inacabamento que permeia qualquer análise, vez que os sujeitos e suas práticas estão em constante devir.

## Referências

1. Lenzi MF, Coura LC. Prevenção de dengue: a informação em foco. *Rev. Soc. Bras. Med. Trop.* 2004; 37(4).
2. Brasil. Fundação Nacional de Saúde. **Programa nacional de controle da dengue**. Brasília: FUNASA/Ministério da Saúde; 2002.
3. Chiaravallotti Neto F, Moraes MS de, Fernandes MA. Avaliação do resultado de atividades de incentivo à participação da comunidade no controle da dengue em um bairro periférico do município de São José do Rio Preto, São Paulo, e da relação entre conhecimento e práticas desta população. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Supl 2):101-109.
4. Donalísio MR, Alves MJCP, Mayo RC, Masselli MC, Matias VLM, Souza de A, Vieira CM, Leite OF, Rangel O, Oliveira de SS, Andrade VR. Concepções dos atores sociais envolvidos nas ações do plano de erradicação do Aedes. *Inf Epidemiol SUS* 2001; 10 (Supl 1):33-34.
5. Fajardo P, Monje CA, Lozano G, Realpe O, Hernández LE. Nociones populares sobre "dengue" y "rompehuesos" dos modelos de la enfermedad en Colombia. *Revista Panamericana de la Salud Publica* 2001; 10(3):161-168.
6. França E, Paula JC, Silva RR, Anunciação LR. Participação da população em projeto de controle de dengue em Belo Horizonte, Minas Gerais: uma avaliação. *Inf Epidemiol SUS* 2002; 11(3/4): 205-213.
7. Passos ADC, Rodrigues SEM, Dal-Fabro AL. Dengue control in Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Supl 2):123-128.
8. Lenzi MF, Camilo-Coura L, Gault CE, Val MB. Estudo do dengue em área urbana favelizada do Rio de Janeiro: considerações iniciais. *Cad Saúde Pública* 2000; 16(3):851-856.
9. Espinosa-Gomes F, Hernández-Suárez CM, Coll-Cárdenas R. Educational campaign versus malathion spraying for the control of *Aedes aegypti* in Colima, Mexico. *J Epidemiol Community Health* 2002; 26:148-152.
10. Pillon AF. Desarrollo de la educación en salud: una actualización de conceptos. *Rev. Saúde Pública* 1986; 20:391-396.
11. Pillon AF. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 29ª ed. São Paulo: Paz e Terra; 2004.
12. França E, Abreu D, Siqueira M. Epidemias de dengue e divulgação de informação pela imprensa. *Cad Saúde Pública* 2004; 20(5).
13. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. **Dengue. Informe Semanal Dengue**. Ceará: Secretaria de Saúde do Estado; 2004.
14. Dias JCP. Problemas e possibilidades de participação comunitária no controle das grandes endemias no Brasil. *Cad Saúde Pública* 1998; 14:19-37.
15. Oliveira RM, Valla VV. 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* 2001; 17(Supl 1):77-88.
16. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1996.
17. Vasconcelos EM, organizador. **Educação popular e a atenção à saúde da família**. São Paulo: Hucitec; 1999.
18. Freire P. **Pedagogia do oprimido**. 9ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1981.
19. Chiaravallotti VB. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas da dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil, 2002. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(5):1321-1329.
20. Valla VV. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. *Cad Saúde Pública* 1998; 14 (Supl 2):7-18.
21. Baglini V, Chiaravallotti Neto F, Cesarino MB, Favaro EA, Mondini A, Ferreira AC, Dibo MR, Barbosa AAC, Ferraz AA. Atividades de controle do dengue na visão de seus agentes e da população atendida, São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. *Cad Saúde Pública* 2005; 21(4):1142-1152.
22. Oliveira RM. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. *Cad Saúde Pública* 1998; 14(Supl 2):69-78.
23. Chiaravallotti Neto F, Fiorin AM, Cesarino MB, Barbosa AAC, Dibo MR, Conversani DT, Morais MS, Chiaravallotti VB, Ferraz AA, Zanetta DMT, Battaglia M, Rosa RS, Cardoso Junior RP, Bonutti SRA, Severino MJ. Participação da comunidade na prevenção do dengue em Catanduva, São Paulo. *Inf Epidemiol SUS* 2001; 10(Supl 2):35-37.
24. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1996.

Artigo apresentado em 17/02/2007

Aprovado em 02/03/2007

Versão final apresentada em 18/04/2007