



Interface - Comunicação, Saúde, Educação

ISSN: 1414-3283

intface@fmb.unesp.br

Universidade Estadual Paulista Júlio de
Mesquita Filho
Brasil

Rangel-S, Maria Ligia

Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras

Interface - Comunicação, Saúde, Educação, vol. 12, núm. 25, abril-junio, 2008, pp. 433-441

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180114105018>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Dengue:

educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras

Maria Ligia Rangel-S¹

Introdução

O propósito deste texto é colocar em evidência alguns problemas relativos às práticas de educação, comunicação e mobilização comunitárias no controle do dengue, para subsidiar o debate deste tema no contexto do I Fórum de Ciência e Tecnologia sobre Dengue, o qual interroga sobre inovações necessárias e possíveis no controle do dengue.

Para desenvolver essa reflexão, consideramos fundamental apresentar alguns dos pressupostos que a fundamentam, para, em seguida, refletirmos sobre os problemas.

Partimos primeiro da palavra comunicação, que tem origem no latim, na palavra *communicatio*, que, ao ser decomposta nos termos *co*, que significa simultaneidade, reunião; *munis*, que significa estar encarregado de; e *tio*, relacionado a atividade, nos remete ao entendimento da comunicação como uma atividade realizada conjuntamente, com a intenção de romper o isolamento e, portanto, como produto do encontro social.

Se a comunicação, enquanto tal, é uma condição humana vinculada à linguagem e constitutiva do processo de hominização, é também uma ação humana que assume grandes complexidades que caracterizam a cultura contemporânea, em função da crescente incorporação tecnológica, da multiplicidade de mediações entre emissores-receptores e da diversificação de fluxos da informação, como observado por Castells (2003) e outros.

Assim, vinculam-se a esse significante os termos troca, interação, intersubjetividade, diálogo, expressão, configurando-se a comunicação com múltiplas dimensões, que vão desde sua condição fisiológica, que envolve a audição, as sensações, a visão, para alcançar as dimensões afetiva, cognitiva, sociocultural e tecnológica. O advento das tecnologias de comunicação fez as mensagens circularem com grande velocidade e com fluxos multidirecionais entre múltiplos emissores e receptores (Castells, 2003). A comunicação em saúde envolve então, em suas múltiplas dimensões, a circulação de informações e conhecimentos em saúde oriundos de inúmeras fontes, em uma sociedade complexa. Participam desses processos de emissão e recepção de mensagens: os meios de comunicação massivos (tv, jornais, revistas), a família, as empresas, os

¹ Médica sanitária.
Instituto de Saúde
Coletiva, Universidade
Federal da Bahia, ISC/
UFBA. Rua Basílio da
Gama, s/n - Canela
Salvador, BA. 40.150-380
lirangel@ufba.br

sistemas de saúde, os vizinhos, instituições religiosas, os colegas, os sindicatos, a medicina privada, a internet.

Os processos de educação nessa sociedade também se tornaram mais complexos, em virtude do excesso de saberes circulantes, de modo que a interatividade e o diálogo se impõem como uma necessidade no processo de significação social para os numerosos signos circulantes, ganhando a educação, cada vez mais, o estatuto de um processo de construção e compartilhamento de conhecimentos, os quais se produzem e se reproduzem em diversas esferas da vida social, em um processo dinâmico das interações sociais, por meio da linguagem.

Então, a comunicação e educação hoje são entendidas não mais de forma unidirecional, como transmissão/difusão de conhecimentos e informações entre um emissor e um receptor, mas como circulação e significação de signos entre múltiplos emissores/receptores de mensagens. Somos todos emissores/produtores e, simultaneamente, receptores ativos, capazes de interpretar mensagens. Assim, em um modelo teórico da comunicação, de uma abordagem compreensiva, esta passa a ser entendida como circulação de signos na dinâmica da vida e da interação humana, configurando redes sociais e técnicas de saberes construídos e compartilhados coletivamente.

Saberes e informações são, portanto, signos em interação circulando no tecido social, em um processo permanente e dinâmico de atribuição de sentidos mediado por elementos da cultura, dando lugar a momentos de negociação e disputa de sentidos para os signos circulantes. No trabalho de comunicação e educação de um programa de controle do dengue poderíamos, então, interrogar: que sentidos/significados circulam sobre o dengue na sociedade? Que valores sobre o dengue e suas formas de prevenção circulam em uma cidade, um bairro ou um território?

Sabemos que os saberes/representações sociais estão em permanente conversação/diálogos (Rabinow, 1999), e enquanto práticas sociais, no processo ativo de conversação, constituem a realidade social, mediados pelas experiências da vida cotidiana. Originam-se daí formas de percepção e ação organizadas pela cultura, gerando novos saberes e novas práticas sociais em contextos particulares. Se saberes e significados de saúde e de doença resultam da experiência humana nos processos concretos da vida cotidiana (Bibeau, Corin, 1995) e são signos que ganham significados na vida cotidiana com base na experiência histórica e social, podemos também interrogar: como a saúde e a doença afetam a experiência de vida cotidiana? Como populações afetadas pelo dengue percebem o ambiente e como o processo de adoecimento nessa população afeta a percepção dos sujeitos sobre o mesmo? Como a cultura organiza a experiência social em dengue? Como a cultura modifica a comunicação e a educação em dengue?

Mas, quando falamos em cultura, não nos referimos aos níveis ou graus de cultura/conhecimentos, em ter ou não ter cultura/conhecimento, mas estamos nos referindo a um sistema público de signos no qual todo ser humano está enredado (Geertz, 1978). Temos, então, um sistema complexo de signos e significados públicos, que não estão alojados na mente das pessoas, mas nas relações/interações sociais e, portanto, circulam nos contextos onde estão inseridos muitos outros textos (Casal, 1996). Assim, nas atividades de comunicação, educação e mobilização social em saúde, estamos permanentemente operando com muitos signos que são formas culturais de produção/reprodução simbólica, mediadas pela linguagem, seja por meio de tecnologias de comunicação, seja por valores ou crenças que conformam os modos culturais de perceber/identificar, seja ainda por relações de gênero e de poder, por valores sociais do corpo/ambiente, por classe/lugar social, por idade/experiência de vida, pela ocupação, enfim, pela identidade sociocultural dos sujeitos em interação. Portanto, os processos de significação/atribuição de sentidos são mediados por um conjunto articulado de formas simbólicas em contextos particulares. Com isto temos de considerar esse conjunto complexo de mediações para que ações de comunicação, educação e mobilização possam ter sucesso.

Assim, nos processos sociais complexos de múltipla determinação, como a saúde e a doença e suas formas de prevenção, originam-se práticas sociais e saberes resultantes da experiência cultural, que envolvem: a percepção do corpo e do ambiente, a valorização de signos (sinais e sintomas), novas leituras, novas interações, novas redes, novas práticas, novos modos de lidar com prevenção e tratamento no interminável ciclo de vida.

Problemas relativos às práticas de educação, comunicação e participação comunitárias no controle do dengue

Passemos então à interrogação que o Fórum nos propõe: quais os problemas relativos às práticas de educação, comunicação e participação comunitárias no controle do dengue? Interrogamos aqui como as práticas de comunicação e educação vêm sendo realizadas para o controle do dengue no Brasil. Para essa problematização, foi consultada a literatura sobre o assunto, encontrando-se 22 artigos publicados nas bases BVS Saúde Pública, no período de 1977 a 2006, concentrados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro.

Alguns dos problemas assinalados nesses estudos foram aqui destacados como subsídios para problematizar o tema, considerando-se os seguintes aspectos: modelo de comunicação que fundamenta as práticas de comunicação e educação; modelo explicativo de saúde e doença; modelo de prevenção; e o modelo de participação social/relação Estado/Sociedade.

Esses aspectos foram selecionados em função do enquadramento dado à análise, valorizando-se, como cenário das práticas, o processo de construção do SUS e a transformação do modelo de atenção à saúde, tentando-se superar os modelos hegemônicos – médico-assistencialista e o sanitário-campanhista – para enfatizar a promoção da saúde e o conceito ampliado de saúde, a integralidade da atenção e a participação social, de acordo com o que está disposto na Lei Orgânica da Saúde.

Modelo de comunicação e educação

Observa-se que as práticas de comunicação e educação realizadas para o controle do dengue não se diferenciam daquelas hegemônicas no campo da Saúde Pública no nosso país. Caracterizam-se por possuir uma modelagem centralizada, vertical e unidirecional, orientadas pela visão de que informações e conhecimentos estão concentrados e devem ser difundidos, e de que a comunicação é uma questão de aperfeiçoamento de técnica de transmissão de mensagens e de adequação de linguagem. Espera-se, com as práticas realizadas, que o público a que se destinam reaja ao emissor com mudanças de hábitos e comportamentos. Trata-se da comunicação e educação baseadas no modelo tradicional “emissor - canal - receptor”, freqüentemente realizadas com a eliminação das mediações socioculturais. Quando a cultura é considerada, ela tende a ser reduzida a uma questão de linguagem e com o objetivo de elevação do “grau” ou “nível” de conhecimento.

Nota-se que a forma como são modeladas as práticas, tanto de educação como de comunicação, ainda está fundamentada em um grupo de teorias da comunicação que surgiram nos Estados Unidos no início do século XX, nas décadas de 20 a 60, denominadas Mass Communication Research, que muito serviram para o desenvolvimento tecnológico em comunicação, mas que pouco contribuíram para se compreender as relações sociais implicadas em processos de comunicação. Os autores dessas teorias são variados em suas formações, incluindo desde engenheiros das comunicações, a psicólogos e sociólogos, com pressupostos distintos e às vezes inconciliáveis (Barros Filho, Martino, 2003).

A crítica dessas teorias deu lugar a teorias consideradas marginais nos EUA e que foram retomadas a partir da década de 1960: Escola de Chicago: Park, Burgess, Cooley – enfoques microssociológicos de processos comunicativos; a Semiótica de Peirce – processos de formação dos significados com base na pragmática; nos anos 1930: interacionismo simbólico: Mead, Blumer; nos anos 1940: Escola de Palo Alto: Antropologia, Lingüística, Matemática, Sociologia, Psiquiatria; ainda Bateson, Goffman, Watzlawick – comunicação como processo social permanente. Na Europa, destacam-se, na Escola de Frankfurt, especialmente Adorno, Horkheimer e Benjamin, que inauguram a crítica dos meios de comunicação na sociedade industrial (Barros Filho, Martino, 2003).

Mesmo sem atentar para esses aspectos teóricos que embasam as práticas, vários estudos realizados no Brasil e América Latina mostraram os limites do aumento do conhecimento sobre o dengue e suas formas de prevenção para reduzir os criadouros do mosquito nas áreas mais afetadas (Lefèvre et al., 2004; Chiaravalloti Neto et al., 2003; Donalísio, Alves, Visockas, 1998). Em 11 artigos analisados por Claro et al. (2004) sobre os temas conhecimentos, atitudes, crenças, práticas e representações

populares a respeito do dengue, no período de 1999 a 2002, evidenciou-se que às grandes proporções de respostas corretas sobre a doença e suas formas de prevenção não correspondiam melhor controle sobre os criadouros.

Chiaravalloti et al. (2002) já chamavam a atenção que, dentre os fatores que interferem na adesão a programas de prevenção, estão o repasse verticalizado do conhecimento e a solicitação dos órgãos de saúde de execução de medidas restritas ao comportamento individual, dentre outros. Em estudo realizado por esses autores em Catanduva, São Paulo, Brasil, com o objetivo de identificar fatores que interferem na adesão das moradoras (mulheres) às práticas preventivas, identificam que é necessário “[...] a revisão do conteúdo e das formas de circulação das informações e o estabelecimento de um canal de comunicação contínuo entre o serviço e a população” (Chiaravalloti et al., 2002, p.1321). Os conhecimentos sobre a doença e as informações sobre os procedimentos de controle e prevenção do dengue são repassados às comunidades por meio da mídia de massa e das atividades de comunicação e educação realizadas pelos profissionais de saúde, que fazem a intermediação entre serviço e usuário, utilizando seus discursos, valores e experiências.

Mensagens sobre dengue foram divulgadas amplamente via meios de comunicação massivos. Contudo, certamente, a mídia, apesar de seu potencial informativo/educativo, privilegia informações de caráter de denúncia, sem aprofundar fatores determinantes da situação de saúde, mais contribuindo para a confusão e alarmismo reativo da população do que para assegurar o acesso a informações, como observaram França, Abreu e Siqueira (2004). Lenzi e Coura (2004), analisando folhetos e outras peças comunicativas utilizadas no controle de dengue no Rio de Janeiro em franca epidemia em 2002, encontraram mensagens pouco consistentes em distintos materiais que, ora recomendam que garrafas vazias reaproveitadas devam ser guardadas viradas para baixo; ora prescrevem que sejam *jogadas fora todas as que não usar*, sem acrescentar alternativas de armazenamento para as não descartadas. É interessante notar com os autores o tom excessivamente prescritivo das mensagens, que bem caracteriza o modelo vertical autoritário das práticas de comunicação e educação como, por exemplo: *coloque tudo em saco plástico, feche bem e jogue no lixo. Entulhos e lixo: não os acumule. Mantenha o quintal sempre limpo...*

Com relação aos sintomas de dengue clássica e hemorrágica, os autores avaliam que os conteúdos das mensagens destinam-se a auxiliar a população no reconhecimento de sintomas básicos do dengue hemorrágica e da síndrome de choque do dengue, mas remetem a população à idéia de hemorragia que lhe é familiar, como perda de grande quantidade de sangue, confundindo sua percepção acerca dos sinais que podem alertar para a necessidade de um tratamento médico imediato. Destaca-se que não há informações elucidativas sobre a dengue hemorrágica, o que é uma dúvida freqüente da população. De acordo com os autores, o recurso à grande mídia, que prefere divulgar pareceres de médicos e autoridades do campo da saúde, não parece ser suficiente para o esclarecimento da população.

Quanto ao tratamento, destaca-se o cuidado para evitar ou reduzir a automedicação e banalização do uso de paracetamol, pois nenhum material divulgou o perigo da ingestão de altas dosagens, que podem acarretar graves problemas de saúde.

O modelo de comunicação caracteriza-se, portanto, por ter cunho campanhista, pontual, descontínuo, com ênfase para situações epidêmicas, quando seria necessário que o dengue estivesse na pauta da mídia durante todo o ano, assim como nas mídias alternativas, aquelas produzidas pelo próprio serviço, e se encontrassem respostas às dúvidas mais freqüentes, de forma correta e precisa.

Modelo explicativo do dengue no programa de controle

Alguns estudos mostram que os agentes trabalham com uma visão restrita da causalidade do dengue, cuja complexidade não parece ser compreendida. Assume-se que prevenir o dengue é, sobretudo, lidar com o permanente combate aos criadouros de *A. aegypti* (Chiaravalloti et al., 2002). Predomina portanto a visão, inferida pela proposição do controle, de que o dengue é causada pelo mosquito *Aedes aegypti*, enfatizando-se então informações sobre o vetor e sinais e sintomas clínicos, contribuindo para fortalecer a visão unicausal da doença na população, obscurecendo a relação água/ vetor (na fase larvária) e com outros fatores socioambientais e contribuindo para valorizar o tratamento

em detrimento da prevenção (Lefèvre et al., 2004). Entretanto, essa visão parece não ser muito convincente para a população que não acredita que um simples mosquitinho seja capaz de causar tanto estrago à saúde, como mostraram os resultados de Lefèvre et al. (2004), que encontram, como uma das idéias centrais dos discursos sociais correntes sobre dengue, que as pessoas não acreditam que a água limpa pode causar doença.

A relação causal entre a presença de insetos e doença parece já estar incorporada ao universo simbólico das populações. Contudo, é interessante notar, no estudo de Chiaravalloti et al. (2002), a percepção das mulheres de que a transmissão do dengue estaria associada à presença de mosquitos e outros insetos contaminados, e não unicamente ao *A. aegypti*. Os autores observam que elas se preocupam com casas fechadas e abandonadas, praças, terrenos baldios, riachos e rios, sem fiscalização da prefeitura, e freqüentemente utilizados para jogar objetos associados a entulho e lixo, reivindicando das autoridades uma fiscalização efetiva desses espaços. Destaca-se a incoerência do poder público notada pelas mulheres, uma vez que, ao mesmo tempo em que os agentes de saúde entram em suas casas para inspecionar os vasos de plantas, deixam de verificar as condições das áreas públicas, repletas de lixo e sujeira.

Modelo de prevenção

O modelo de prevenção adotado nas práticas de prevenção do dengue mostra-se ainda marcado pelo higienismo/campanhismo, pois as ações se voltam prioritariamente para o *combate* ao vetor; são setoriais (setor saúde), realizadas por agentes de saúde; se dão para a higienização do ambiente em que as noções de limpeza/ pureza e risco/perigo são enfatizadas.

Permanece em uso terminologia pertinente à guerra, metáfora familiar a esse campo, tão antiga quanto a própria Saúde Pública na sua luta ou combate para exterminar inimigos biológicos.

Por meio de campanhas sanitárias ao longo do século passado, a Saúde Pública difundiu, no imaginário popular, o vínculo entre doença e sujeira, lixo, água suja. Agora, para o controle do dengue, importa vincular a doença à água limpa dos vasos de plantas, das poças, e outros potenciais criadouros do mosquito. Mas, limpeza e sujeira, pureza e perigo são significantes construídos histórica e socialmente, e se modificam de sociedade para sociedade, de cultura para cultura (Douglas, 1991). Deve-se admitir que pode causar estranheza à população o fato de vincularmos agora doença com água limpa, o que é, de certo modo e em alguns contextos, inundarmos o seu universo simbólico de impossibilidades para a vida, o que pode lhes levar a resistir em aceitar essa relação, remetendo a doença para outros insetos, para o lixo, como fizeram as mulheres de Catanduva. Ademais, risco e o perigo são também construções sociais. Os sujeitos julgam e escolhem os riscos a que estão submetidos, em função de seu conhecimento, de sua experiência, seus valores socioculturais, podendo negá-los ou enfatizá-los (Rangel-S, 1993; Duclos, 1986), recusá-los ou aceitá-los (Douglas, 1985). Uma das formas de negar o risco é remetê-lo a outro lugar ou pessoa, como observado nos resultados de Lefèvre et al. (2004), que evidenciam esse fato relacionado ao dengue, em uma das idéias centrais encontradas: a de que “acham que não vai acontecer com elas”, embora possa acontecer ou já tenha acontecido com o vizinho.

Um outro problema do modelo campanhista/sanitarista é que a ênfase recai sobre a expectativa de mudanças de hábitos e atitudes individuais, e os agentes não são capacitados para encaminhar demandas populares com respeito a outros condicionantes, como a coleta de lixo, o abastecimento de água, a preservação do espaço público. Disso resulta a tendência a julgar que a população é resistente, ignorante e pouco ativa na busca da melhoria de sua saúde, e no controle do dengue, ficando obscurecidos os determinantes sociais e culturais. Como conseqüências disso, as ações acabam por estigmatizar locais e pessoas, comprometendo a construção de laços de solidariedade entre os moradores de periferias da cidade. As pessoas tendem a assumir essa culpa ou responsabilidade, como observado em outros estudos sobre cultura e risco (Rangel-S, 1993) e se vê nos achados de Lefèvre et al. (2004). Estes últimos encontram também, entre as idéias centrais dos discursos circulantes sobre dengue, que atribuem a culpa de contrair dengue aos próprios doentes, que seriam pessoas que mantêm os criadouros, consideradas imprudentes e sem consciência. Ainda presentes nos achados

desses autores, estão as idéias de que é a população que não tem responsabilidade, é descuidada, não compreende e não tem informação.

No modelo de prevenção adotado para o controle do dengue, há pouca sensibilidade cultural dos agentes das práticas, que não analisam quando e onde fazer/não fazer as ações de prevenção. Por exemplo, o que fazer: orientar ou fiscalizar? Quem deve fazer as ações? Chiaravalloti et al. (2002) observam que a aplicação domiciliar do larvicida pode se constituir em um fator de inibição à adesão aos programas de prevenção, pois os agentes desconhecem ou desconsideram os valores e crenças da população, que nem sempre aceita de bom grado sua entrada nos domicílios.

Como observam Lenzi e Coura (2004) e Chiaravalloti et al. (2002), é importante considerar o valor social que os grupos populares atribuem aos objetos focalizados no programa de controle do dengue, tais como: pneus, vasos de plantas, garrafas plásticas, dentre outros. Isto porque, valores de uso, valores de troca e valores estéticos são atribuídos a esses objetos, de modo que é possível que os agentes, pouco atentos a esses aspectos, apresentem-se, nas comunidades, de forma desrespeitosa e invasiva em relação à sua privacidade e aos interesses dos moradores.

Quanto à natureza da informação difundida em campanhas junto às populações, Lenzi e Coura (2004) admitem haver problemas em relação às interpretações das mensagens, admitindo que as práticas que favorecem a procriação do mosquito resultam do esquecimento das mensagens veiculadas ou de interpretação parcial das mesmas. Contudo, é possível que tais mensagens não tenham sido exatamente esquecidas ou mal interpretadas, mas que não tenham ganho significado ou relevância naquele contexto social, por contradizerem os valores locais.

Um outro aspecto ressaltado pelos autores (Chiaravalloti et al., 2002; Andrade, Brassolatti, 1998) diz respeito à saturação da informação circulante, na sociedade, sobre o dengue. Os autores argumentam que a excessiva oferta informacional, exaustiva, repetitiva de mensagens que tentam “educar” quanto à mudança de hábitos domésticos, mostra-se pouco eficiente, provocando a saturação do conteúdo informativo e reduzindo a rede de colaboradoras no bairro, tendo, como efeito, a banalização da prevenção.

Modelo de participação

O modelo de prevenção estabelece uma relação entre Estado e Sociedade de corte autoritário, visível no modelo de participação do programa de controle do dengue. Ressalta-se, primeiro, que a forma de participação da população é definida pelas autoridades sanitárias, ou seja, a população é chamada a colaborar com a ação de *inspeção* sanitária. As ações domiciliares são realizadas *pelos agentes dentro* das casas das pessoas.

Os atores (Lefèvre et al., 2004; Andrade, Brassolatti, 1998) reconhecem que o programa de controle do dengue está longe de se voltar para a participação comunitária.

Nessa interação, confiança e credibilidade são duas condições necessárias à participação, pois as pessoas precisam estar convencidas de que há um problema, há um risco à sua saúde, para que se mobilizem e participem de ações de controle em parceria com o poder público. Contudo, de um lado, as relações trabalhistas dos agentes, a falta de capacitação, a violência urbana/insegurança e outros fatores sociais fragilizam os vínculos de confiança entre agentes públicos e a população. Além disso, as deficiências nas ações do Estado e a imagem dos serviços públicos de saúde veiculada pela mídia reforçam a falta de credibilidade nesses serviços. De outro lado, as pessoas tendem a subestimar situações de risco familiares e ficam mais preocupadas com eventos de maior vulto divulgados pela mídia, que são apresentados dramaticamente e que difundem de certo modo, no imaginário popular, a idéia de que os riscos estão em algum lugar distante, afetando grupos específicos, e não ali, em suas vidas cotidianas.

A despeito disso, Oliveira (1998) ressalta a variedade de formas de participação que ocorre no seio dos movimentos populares, com diversos potenciais para mudanças da realidade social, observadas nos movimentos sociais no contexto da epidemia do dengue no Rio de Janeiro, na década de 1980. São práticas políticas de pressão sobre o Estado e também práticas comunitárias de diversas naturezas que, com inventividade, tentam superar as condições adversas à vida cotidiana. Isso nos sugere a

necessidade de conhecer os movimentos sociais vivos nos territórios em que se desenvolvem práticas de controle do dengue.

Considerações finais

Por fim, interessa propor algumas inovações necessárias e possíveis para o controle do dengue. Nesse sentido, é preciso considerar que a introdução de inovações nas práticas de comunicação e educação em saúde em geral, e no dengue em particular, é um grande desafio, pois aponta para mudanças na cultura, isto é, nas formas de realizar essas práticas no sistema de saúde brasileiro; e alguns desses desafios estão intimamente ligados ao processo de construção desse sistema, de forma democrática, descentralizada e eficiente. Cabe destacar que não se trata de reduzir as soluções técnicas, mas é necessário rever os princípios que modelam as práticas, no sentido de torná-las mais eficientes.

Assim, alguns princípios e diretrizes para ações de comunicação, educação e participação podem ser preliminarmente destacados para o debate: participação democrática; sensibilidade cultural; multimidiatização: meios e recursos disponíveis e preferenciais; dialogicidade/criação de espaços de conversação; mobilização e educação por pares; capacitação profissional e comunitária; antecedência de pesquisas culturais (crenças, valores, saberes, percepções); pesquisas avaliativas das práticas de educação, comunicação e participação para o controle do dengue.

Contudo, é importante relativizar o poder dessas práticas em produzir ou induzir mudanças de comportamentos e atitudes, especialmente em contextos tão adversos à proteção e promoção da saúde. A comunicação, educação e mobilização social são campos de ação fundamentais para o bom desempenho de programas de prevenção e promoção da saúde, mais pela sua capacidade de abrir espaços de diálogo e conversação entre profissionais, agentes de saúde e população, na busca de solução para os problemas que os afetam, do que pelo seu potencial de mudar comportamentos e atitudes individuais frente a riscos à saúde.

As práticas de comunicação, educação e mobilização social devem estar vinculadas, como estratégias da promoção da saúde, a um conjunto ampliado de ações intersetoriais, sejam de natureza econômica (p.ex. controle da produção de descartáveis), jurídica (p.ex. responsabilização das indústrias pelo destino final), política e social. Por fim, estas são algumas idéias para se colocar em debate as práticas de comunicação, educação e mobilização social, no controle do dengue.

Referências

- ANDRADE, C.F.S.; BASSOLATI, R.C. Controle da dengue: um desafio à educação da sociedade. **Ciência e Ensino**, n.4, p.18-21, 1998.
- BARROS FILHO, C.; MARTINO, L.S. **O habitus na comunicação**. São Paulo: Paulus, 2003.
- BIBEAU, G.; CORIN, E.E. From submission to text to interpretive violence. In: _____. (Eds.). **Beyond textuality: ascetism and violence in anthropological interpretation - approaches to semiotics series**. Berlim: Mouton de Gruyter, 1995. p.3-54.
- CASAL, A.Y. **Para uma epistemologia do discurso e da prática antropológica**. Lisboa: Cosmos, 1996.
- CASTELLS, M. A sociedade em rede. São Paulo: Paz e Terra, 2003. v.1.
- CHIARAVALLOTI, V.B. et al. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.18, n.5, p.1321-9, 2002.
- CHIARAVALLOTI NETO, F. et al. Controle do vetor do dengue e participação da comunidade em Catanduva, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v.19, n.6, p.1739-49, 2003.
- CLARO, L.B.L. et al. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.6, p.1447-57, 2004.
- DONALÍSIO, M.R.; ALVES, M.J.C.; VISOCKAS, A. Inquérito sobre conhecimentos e atitudes da população sobre a transmissão da dengue - região de Campinas, São Paulo, Brasil, 1998. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.34, n.2, p.197-201, 2001.
- DOUGLAS, M. **Pureza e perigo**. Lisboa: Edições 70, 1991.
- _____. Risk acceptability according to the social sciences. London: Routledge & Kegan Paul, 1985.
- DUCLOS, D. **La construction sociale du risque: le cas des ouvriers de la chimie face aux dangers industriels**. Paris: Conservatoire National des Arts et Metiers, 1986.
- FRANÇA, E.; ABREU, D.; SIQUEIRA, M. Epidemia de dengue e divulgação de informações pela imprensa. **Cad. Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1334-41, 2004.
- GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- LEFEVRE, F. et al. Representações sociais sobre relações entre vasos de plantas e o vetor da dengue. **Rev. Saúde Pública**, v.38, n.3, p.405-14, 2004.
- LENZI, M.F.; COURA, L.C. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v.37, n.4, p.343-50, 2004.
- OLIVEIRA, R.M. A dengue no Rio de Janeiro: repensando a participação popular em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v.14, suppl.2, p.69-78, 1998.
- RABINOW, P. **Representações são fatos sociais: modernidade e pós-modernidade na antropologia**. In: BIEL, João (Org./Trad.). **Antropologia da razão**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1999. p.71-108.
- RANGEL-S, M.L. Saúde do trabalhador: identidade dos sujeitos e representações dos riscos na indústria petroquímica. **Cad. Saúde Pública**, v.9, n.3, p.333-48, 1993.

Levantam-se aspectos críticos das práticas de educação, comunicação e mobilização comunitárias realizadas para o controle do dengue no Brasil, tema de grande relevância na atualidade, em um contexto que desafia a sociedade a encontrar formas eficientes de controle. Foi consultada a literatura pertinente, encontrando-se 22 artigos publicados nas bases BVS Saúde Pública, no período de 1977 a 2006, concentrados nos estados de São Paulo e Rio de Janeiro. Na análise crítica foram considerados os seguintes aspectos: modelo de comunicação que fundamenta as práticas de comunicação e educação; modelo explicativo de saúde e doença; modelo de prevenção; e modelo de participação social/relação Estado/Sociedade. Apresentam-se desafios relacionados à mudança cultural, parte do processo de construção do sistema de saúde brasileiro democrático, descentralizado e eficiente. Assim, as soluções não se restringem às opções técnicas. É necessário rever os princípios que modelam as práticas, no sentido de torná-las mais eficientes.

Palavras-chave: Dengue. Comunicação em saúde. Educação em saúde. Participação comunitária. Práticas de saúde.

Dengue: education, communication and mobilization with the perspective of controlling - innovative proposals

This text raises critical aspects of the practice of education, communication and community mobilization undertaken for the control of dengue in Brazil. This issue is of great importance at the present time, in a context that challenges the society to find efficient forms of control. The relevant literature was consulted and 22 articles published were found in the BVS Public Health database, during the period from 1977 to 2006. Most of these articles were from the states of S. Paulo and Rio de Janeiro. The following aspects were considered in critical analysis: the model of communication on which practices of communication and education are based; the explanatory model of health and illness; the model of prevention, and the model of social participation or relationship between State and Society. Challenges related to cultural change are presented. These challenges must be confronted as part of the process of construction of a democratic, decentralized and efficient Brazilian Health System. Thus, the solutions are not restricted to technical options. It is necessary to review the principles that shape the practices in order to make them more efficient.

Key words: Dengue. Health communication. Health education. Consumer participation. Health practices.

Dengue: educación, comunicación y movilización en la perspectiva del control de la enfermedad - propuestas innovadoras

El presente texto levanta aspectos críticos de las prácticas de educación, comunicación y movilización comunitarias realizadas para el control del dengue en Brasil, tema de gran relevancia en la actualidad, en un contexto que desafía a la sociedad a encontrar formas eficientes de control. Consultada la literatura pertinente, se han encontrado 22 artículos publicados en las bases BVS Salud Pública, en el periodo 1977 a 2006, concentrados en los estados de São Paulo y Rio de Janeiro. En el análisis críticos se consideraron los siguientes aspectos: modelo de comunicación que fundamenta las prácticas de comunicación y educación; modelo explicativo de salud enfermedad; modelo de prevención; y modelo de participación social/relación Estado/Sociedad. Se presentan desafíos relacionados al cambio cultural, parte del proceso de construcción del sistema de salud brasileño democrático, descentralizado y eficiente. Así, las soluciones no se restringen a las opciones técnicas. Es necesario rever los principios que modelan las prácticas, en el sentido de tornarlas más eficientes.

Palabras clave: Dengue. Comunicación en salud. Educación en salud. Participación comunitaria. Prácticas de salud.

Recebido em 01/03/07. Aprovado em 22/08/07.