

Artigo original

Educação em saúde e o controle do *Aedes aegypti*: A experiência do Estado de São Paulo

Health education and Aedes aegypti control: The experience of São Paulo

Lúcia de Fátima Henriques;^I Ana Lúcia da Silva^{II}

^IEducação em Saúde da Superintendência de Controle de Endemias. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, SP, Brasil

^{II}Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil

RESUMO

Introdução: A educação em saúde é considerada componente fundamental das estratégias de controle de vetores na comunidade. **Objetivo:** Caracterizar as ações educativas no controle do vetor *Aedes aegypti*, a partir da visão dos educadores em saúde pública com atuação na Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN). **Metodologia:** Utilizou-se grupo focal com 14 participantes de 10 regionais de serviços. O grupo focal foi gravado, transcrito e seu conteúdo analisado tematicamente. **Discussão:** O enfoque das ações tem estilo tradicional e intervencionista, baseado em elementos técnicos de prevenção e controle. O processo pedagógico não apresenta atributo de prática social, as atividades são generalistas, com pouca consideração das peculiaridades regional e local. O volume das atividades dos educadores concentra-se na organização do serviço das equipes de controle estadual e municipal: planejamento, treinamento, capacitação e supervisão. A relação é mais de soma de funções do que de articulação dos saberes e práticas. O formato do programa de controle, avaliação das atividades, visita casa a casa, aplicação de produto químico são desafios que a educação em saúde tem de enfrentar. **Conclusão:** A educação em saúde no controle de vetores conta com infraestrutura, capilaridade e interesse em aproximar os desafios das doenças endêmicas aos princípios do sistema de saúde. Necessita direcionamento político voltado à promoção da saúde e a educação permanente.

PALAVRAS-CHAVES: Educação em saúde. Promoção da saúde. Grupo focal. Controle de vetores. Doenças endêmicas.

*Este artigo é parte da dissertação de mestrado Educação em saúde no controle de endemias do estado de São Paulo – Brasil, defendida em 2006 no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, Brasil. A pesquisa que deu origem à dissertação foi financiada pela Superintendência de Controle de Endemias (SUCEN) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto de Saúde da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Brasil. Não há conflito de interesses.

ABSTRACT

Introduction: Health education is considered a basic component of vector control strategies in the community. Objective: To characterize educational activities in the control of *Aedes aegypti*, from the perspective of educators in public health working in the Superintendence of Endemic Disease Control (SUCEN). Methodology: We used focus groups with 14 participants from 10 regional services. The focus group was recorded, transcribed and content analyzed thematically. Discussion: The focus of the shares has traditional and interventionist style, based on technical elements of prevention and control. The educational process has no attribute of social practice, general activities, with little consideration of regional and local peculiarities. Most of the activities of educators focuses on the organization of the state and municipal levels control teams: planning, training, qualification and supervision. The relationship emphasizes the sum of functions rather than the articulation of knowledge and practice. Format of the control program, evaluation of activities, house to house visits, the application of the chemical are challenges that health education has to face. Conclusion: Health education in vector control has infrastructure, capillarity and interest in approaching the challenges of endemic diseases to the principles of the health system. Needs political direction aimed at health promotion and permanent education.

KEY WORDS: Education health. Health promotion. Focal group. Vector control. Endemic diseases.

INTRODUÇÃO

A educação em saúde vem sendo, a cada dia, mais valorizada nas questões relacionadas aos problemas de saúde, ao lado das ações ambientais e da vigilância epidemiológica, entomológica e viral.¹ Predominantemente nas reflexões teóricas, a educação em saúde representa um conjunto de práticas, conhecimentos e aprendizagens combinadas para facilitar a promoção da saúde numa perspectiva contextual, histórica e coletiva de responsabilidades e direitos à saúde.² Esta concepção resgata a educação em saúde das práticas fragmentadas para uma

prática comprometida com o desenvolvimento social e promoção do homem, cuja efetividade depende de como os profissionais da saúde realizam suas práticas.³

No controle de vetores do estado de São Paulo, a educação em saúde está experienciando mais de meio século, desde a origem do Serviço de Profilaxia da Malária em 1933.⁴ Ao longo do tempo, as atividades educativas foram se modificando em decorrência das demandas de vigilância das endemias, dos vetores e das políticas públicas de saúde.

Tradicionalmente, as ações educativas têm-se apoiado no modelo biológico, em normas individuais de higiene e saneamento em relação ao controle de vetores.⁵ No passado, a educação em saúde era realizada por médicos e engenheiros, além dos educadores em saúde, visitantes sanitários e pessoal de campo. Tinha como público comunidades sob risco de doenças endêmicas como a malária, a Doença de Chagas, a esquistossomose e a leishmaniose tegumentar.

Na década de 1980, com a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti*,⁶ vetor responsável pela transmissão da dengue e da febre amarela urbana, foi desencadeado no estado de São Paulo o processo de ações descentralizadas para o controle de vetores. A educação em saúde passou a cumprir um papel de integrar instâncias locais para organização de atividades de informação, comunicação e mobilização social, sendo considerada peça chave na sustentabilidade do controle vetorial.⁷ Todavia, quando se examina o desenvolvimento destas ações, nota-se pouca efetividade e atitudes formais dos educadores.⁸ Assim, julgamos relevante analisar as características das ações educativas de controle do *Aedes aegypti* realizadas pelos educadores em saúde pública da Superintendência de Controle de Endemias

(SUCEN) para conhecer, refletir, compreender tais práticas e contribuir nas políticas de promoção, prevenção e controle.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de caso⁹ de natureza qualitativa com aplicação da técnica de grupo focal.¹⁰ Grupo focal é um tipo especial de entrevista em grupo que tem por objetivo reunir informações detalhadas sobre um tópico particular a partir de um grupo de participantes selecionados. Os participantes sentem-se livres para revelar a natureza e as origens de suas opiniões sobre um determinado assunto, permitindo que pesquisadores entendam as questões de uma forma objetiva e subjetiva. É apropriada para estudos que buscam entender atitudes, preferências, necessidades e sentimentos.^{11,12}

O estudo foi realizado na SUCEN, órgão vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES) com a finalidade de promover o efetivo controle das doenças transmitidas por vetores, hospedeiros intermediários e reservatórios. Sua estrutura é composta por 10 Serviços Regionais (Figura 1), em áreas administrativas dos 645 municípios paulistas.



Figura 1. Serviços Regionais da Superintendência de Controle de Endemias, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2005.

Do universo de 62 educadores em saúde pública e visitantes sanitários, ambos incumbidos de desenvolver ações de educação em saúde, foram selecionados 20 pertencentes aos Serviços Regionais de: São Paulo, São Vicente, Taubaté, Sorocaba, Campinas, Ribeirão Preto, São José do Rio Preto, Presidente Prudente, Araçatuba e Marília. A amostra foi intencional, na relação de 02 por Serviço, garantindo ao estudo representatividade. Os critérios de inclusão foram: a) ter sido contratado a partir da década de 1980; b) atuar em ações educativas de controle do *Aedes aegypti*; c) concordar em participar da pesquisa via Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O grupo focal aconteceu na sala da SUCEN em São Paulo e compareceram cinco educadores em saúde pública e nove visitantes sanitários, sendo 13 do sexo feminino e um do sexo masculino. Para fins didáticos, todos foram tratados como 'educadores'.

A discussão foi gravada com anuência dos participantes e duração de 90 minutos. Teve presença de dois pesquisadores, sendo que, nos momentos de discussão, um único moderador conduziu as conversas. Foram duas questões norteadoras: 'Quais são as ações educativas que vocês realizam no controle do *Aedes aegypti*?' e 'Como vocês realizam essas ações?'. Foram tomados como premissa os relatos e a prática dos sujeitos que executam as atividades educativas no nível dos serviços, identificando suas concepções sobre educação em saúde enquanto uma prática dialógica e de que forma se realiza, assim como o que propicia ou dificulta a prática e o processo de educação em saúde no cotidiano.

O material gravado foi transcrito e analisado pelo método de Análise de Conteúdo.¹¹ Dentre as técnicas de análise optou-se, especificamente,

pela Análise Temática no intuito de apreender os significados das discussões.¹⁰ A análise constituiu-se de quatro fases: a pré-análise do material gravado e das transcrições, a leitura e releitura das transcrições, o tratamento dos dados e a interpretação.¹¹ A partir do tratamento dos dados e das interpretações foram sublinhados temas centrais do grupo focal, tomando como base o objeto da pesquisa, o referencial e as questões norteadoras. Para apresentação dos resultados, construiu-se categorização temática: descentralização da educação em saúde; a prática das ações; o referencial; os pontos fracos e as possibilidades. Esses temas compõem-se de recortes específicos, selecionados e escolhidos pela relevância e evidência das opiniões e sentidos das falas dos educadores.

A respeito da ética em pesquisa envolvendo seres humanos, o termo de consentimento livre e esclarecido foi explicado, compreendido e assinado pelos profissionais, garantindo a confidencialidade e a privacidade.¹³

DISCUSSÃO

A descentralização e a educação em saúde

A reforma do setor saúde realizada em 1986,¹⁴ estabeleceu ampla reestruturação organizacional, institucional e financeira do setor público, cuja base jurídico-institucional foi inscrita na Constituição Federal de 1988. Configurou a saúde como um direito de todos e um dever do estado, sob a garantia de políticas econômicas e sociais dirigidas tanto para a redução dos riscos de doença e outros agravos à saúde, quanto para o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, num Sistema Único de Saúde – SUS, de caráter

público, federativo, descentralizado, participativo e de atenção integral.

Os requisitos necessários para efetivação dos princípios da integralidade, da promoção da saúde e, conseqüentemente, do SUS como pensado na Constituição, passaram pela reorganização dos serviços, com ênfase nos processos de trabalho, e mudanças na formação profissional, trabalhando atitude e responsabilidade social. Fez parte destas mudanças, também, o controle de vetores, direcionando novos caminhos para as intervenções e novos mapeamentos das práticas dos seus profissionais.

Antes da reforma da saúde, a característica do serviço prestado pela SUCEN era centralizada no combate dos vetores para impedir epidemias rurais, sustentado por medidas preventivas e medidas técnicas organizacionais. As medidas preventivas eram focadas na responsabilização individual e comportamental¹⁵ assinaladas por noções de higiene e saneamento.⁸ O público eram médicos, enfermeiros, atendentes dos postos de saúde, alunos e professores de escolas, líderes de associações, sindicatos, igrejas, líderes informais da comunidade e grupos específicos suscetíveis ao vetor e a doença, como caminhoneiros, pescadores e viajantes. Tinha como recurso pedagógico divulgação por cartas, ofícios, folhetos, cartazes, palestras, rádios e alto-falantes. As medidas técnicas organizacionais tinham o objetivo de orientar o trabalho de campo dos profissionais da própria SUCEN: uso de equipamentos, mapas, croquis de localização das regiões, preparação das residências e da população para controle químico.

A dinâmica desse trabalho começou a sofrer modificações a partir de dois acontecimentos que, segundo os educadores, foram importantes e influenciaram sobremaneira o cenário do controle

de vetores. Primeiro, a reintrodução do mosquito *Aedes aegypti* em 1986 no Brasil e no Estado de São Paulo em 1987.⁶ Segundo, mudanças jurídicas, legais e institucionais ocorridas nas políticas de saúde definidas pela Constituição Federal e pela Lei Orgânica que criou o SUS.¹⁴

Em relação ao aparecimento do *Aedes aegypti*, novos desafios surgiram em função da dimensão do trabalho a ser realizado e suas características (forte relação com limpeza pública e hábitos e costumes da população). Capacitação de pessoal das Secretarias Municipais de Saúde e a construção e implementação de um programa de combate para impedir a infestação do vetor no estado.

Dentre os princípios do SUS, o princípio organizacional da descentralização foi o que mais afetou as ações por constituir um modelo de organização do serviço, diferente daquele que tradicionalmente vinha sendo desenvolvido. Assim, temos um trecho da entrevista que caracteriza este momento: '[...] deixamos de executar as ações e passamos a ensinar os municípios a realizar as atividades. Para ser sincera, a chegada desse mosquito mudou toda vida da gente'.

Estes dois acontecimentos causaram reformulações nas práticas do controle de vetores, no sentido de aprimorar as novas funções, competências e responsabilidades, combinando a eficiência da vigilância e o controle com o princípio da descentralização. Também, determinaram mudanças na articulação entre estado e sociedade, o poder público e a realidade social, no papel de gestão das políticas de controle.⁶

A síntese deste processo compôs o substrato para o Plano de Erradicação do *Aedes aegypti* (PEAa) em 1997; depois, em 2000, a Programação Pactuada Integrada de Epidemiologia e Controle de Doenças (PPI-ECD) e, em 2002, o

Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD) em vigor atualmente no Brasil⁷. Os planos estabeleceram o município como responsável direto pelo desenvolvimento das atividades de controle do dengue e do vetor com repasse de verbas e infra-estrutura para elaboração das ações.⁶ Em vista disso, o processo de descentralização da área educativa se concretiza com o papel de assessoria aos municípios.

Para os educadores que vivenciaram a construção dos planos, as mudanças ocorreram por conta de um cenário externo de trabalho como: distribuição de responsabilidades do controle, relacionamento entre os gestores organizacionais e a flexibilização administrativa. E um cenário interno de trabalho relacionado à manutenção de um modo de realizar ações já instituídas.

É possível afirmar, simbolicamente, que a descentralização significou para os educadores, transferência de poder do *status* e redistribuição de decisões, além da crença de perda do reconhecimento técnico da área de educação em saúde. Com isso, é compreensível a reação de medo e insegurança frente ao processo.

Se por trabalho entende-se uma forma de interação social, as relações destes cenários propunham aos educadores uma racionalidade comunicativa de diálogo com os municípios, de compartilhar a interpretação da descentralização e, desse modo, construir consensualmente as ações de controle, mas sustentados por pretensões de vaidade.¹⁵

Nesse sentido, a aprendizagem das novas relações e de novas responsabilidades ocorreu na prática de negociação dos planos de controle, como nesse relato: 'Nós, muitas vezes não sabíamos como fazer e nem por onde começar a ensinar os municípios. Fizemos tudo na prática mesmo, tudo acontecendo, não nos foi dado

capacitação. A gente aprendeu na raça, quebrando a cabeça'. Desse modo, podemos entender que a emergência do controle do vetor no Estado, por causa da expansão de municípios infestados, fez com que o serviço priorizasse a implementação das ações e investisse pouco em prepará-los, de tal forma que os planos e a descentralização poderiam ser bem aceitos por eles.

Observamos nos relatos verticalidade na implantação das ações dos planos, seja do Ministério da Saúde para SUCEN e desta para municípios: '[...] no começo, fica aquela história que parece algo que estava sendo empurrado goela abaixo. Eu acho que teria que ser uma coisa mais participativa, mais simples, em que os municípios pudessem ter o controle das suas próprias ações'.

A verticalidade dos planos para contenção do *Aedes aegypti* tem dificultado a construção de mecanismos que levem à horizontalidade das relações, trabalho mais realístico e democrático de controle^{16,20} e, em especial, o fazer acontecer ações educativas pautadas na promoção da saúde nos municípios. Com a situação político – institucional do setor saúde do Brasil hoje, não se admite estratégias de controle centradas e verticalizadas. Em contrapartida, a experiência brasileira de controle do *Aedes aegypti* de forma descentralizada é única no mundo e a especialidade no controle de vetores da SUCEN é reconhecida nacionalmente.^{17,4}

Em outros relatos os educadores reconheceram que a instituição estava fazendo parte da história política do país naquele momento, e que as transformações das práticas foram, portanto, inevitáveis: '[...] na minha visão, a década de 1980 é marco histórico. Foi o melhor momento do Estado de São Paulo com relação ao controle de vetores. Tivemos que negociar com os

municípios. O SUS trouxe estrutura, recursos, porque nós já não estávamos dando conta mais. Era um educador para fazer as atividades em 10, 15 municípios: nos programas de Malária, Doença de Chagas, Dengue e outras endemias. Tudo éramos nós'.

Os entrevistados observaram a experiência da descentralização como a mais importante da história da educação em saúde, com emoção expuseram esse fato demonstrando encantamento pela profissão: '[...] pela primeira vez na história, cada município passou a ter um profissional só para fazer atividades educativas. Isso eu achei a melhor coisa [...] a gente teve que começar a assimilar que era o processo de descentralização que estava acontecendo, e que nós estávamos participando daquilo tudo. Então, hoje posso dizer que foi gratificante'.

De fato, o controle do *Aedes aegypti* foi o primeiro programa na área da saúde que pactuou com municípios a incorporação da educação em saúde sob a denominação de Informação, Educação e Comunicação (IEC) como um de seus objetivos estratégicos.¹⁸ O programa sustenta uma infra-estrutura que hoje, garante ações de vigilância e controle de outras endemias nos municípios, além da dengue como: Doença de Chagas, Esquistossomose, Leishmaniose Tegumentar Americana, Febre Amarela, Leishmaniose Visceral e Febre Maculosa Brasileira.

Aprática

No grupo focal¹² com os educadores questionamos como são realizadas as ações educativas. Afirmaram que as atividades estão divididas em duas direções: a primeira, ações de campo e a segunda, ações educativas. Descreveram-nas exatamente igual às atribuições e competências do

Estado e dos municípios.⁷ Para os entrevistados, ação de campo implica em assessoria técnica às equipes de controle dos municípios: coordenadores, supervisores, profissionais de IEC e agentes; com atividades de supervisão, reuniões, orientações técnicas, treinamentos, capacitações e organização de ações de prevenção e controle em conjunto com Secretarias Municipais. Segundo os educadores a maioria do tempo de trabalho é dedicada a treinamentos e capacitações destes profissionais: 'Eu já decorei as atividades, de tanto que ensinei os profissionais. Nós conseguimos falar sem olhar o material. Dá para fazer de olho fechado e de costas, de tanto que a gente faz treinamentos'.

Os educadores discutiram que treinam e capacitam muitas vezes para aumentar a motivação e/ou o comprometimento organizacional, reduzir tensões e/ou conflitos internos. No entanto, o principal objetivo é transferir a tecnologia do estado para os municípios, respaldados pelo conteúdo das normas técnicas e manuais do programa,⁶ tal como exposto nesta fala: 'Na assessoria, a gente tem papel meio intermediário. Discutimos tentando melhorar a qualidade de trabalho [...] a gente passa aquilo que está nos manuais técnicos. Está tudo escrito lá, cada atividade como se deve fazer. Então, é só seguir'.

A reflexão sobre este recorte sugere dizer que o controle do *Aedes aegypti* tem uma prática com base na pedagogia da transmissão, enfoque tecnicista e autoritário de trabalhar o ensino das habilidades.¹⁹ A força educativa neste modelo está na capacidade de trabalhar com a racionalidade, com a instrução programada, com o fato objetivo, no caso, os procedimentos, normas e suas aplicações, nem tanto em refletir e agir conjuntamente com os municípios.

Segundo Freire,¹⁹ a pedagogia da transmissão é um simples ato de depositar informações, impondo um saber que julga ser verdadeiro, anulando o caráter interativo e integrativo do processo educativo das assessorias. Ao privilegiar a técnica, o trabalho não dá conta de incorporar a compreensão dos reais problemas da dengue e do vetor ou ainda, as necessidades e saberes das pessoas envolvidas. Ainda, se torna homogênea no estado, com pouca consideração regional e local dos problemas. Não há valorização das diversidades locais.

Não podemos afirmar que esta predominância seja prejudicial aos saberes dos educadores, dos profissionais atendidos ou ainda da população. Quanto aos agentes dos municípios que recebem assessoria dos educadores, verifica-se despreparo destes na hora de enfrentar situações adversas no dia a dia, como em encontrar e/ou eliminar focos do vetor diferente daquele da instrução ou realizar abordagens dialógicas junto aos moradores. Isso tem gerado desgaste no trabalho, pouca efetividade das atividades nas residências, além de favorecer a resistência e a contrariedade no contato agente-população.^{20,17}

Analisado de outra forma e, tomando como referência a população, estudos realizados no Brasil, na América Latina e na Ásia e analisados por Claro *et al*²¹ demonstram que os programas proporcionam disseminação de conhecimentos sobre dengue entre a população, sem contudo alterar o quadro da infestação pelo *Aedes aegypti* e a transmissão de dengue.

As atividades de assessoria técnica aos municípios deveriam ir além da conjectura de normas de manuais, e os educadores serem mais do que cumpridores de tarefas.²² Evidentemente, normas e manuais têm bases científicas e são diretrizes ofertadas ao serviço, mas o ensino do

conhecimento deveria ser capaz de apreender as realidades no seu contexto e complexidade, não apenas para adaptá-los, mas sobretudo para recriá-los.^{3,19}

Quanto às ações educativas, os educadores compreendem que são realizadas apenas pelos profissionais de IEC dos municípios, porque eles não atuam diretamente com a população. Com a descentralização, a prática dos educadores teve novo papel, assessorar os municípios na condução dos planos de controle, causando rompimento das ações de educação em saúde com a população. Apreende-se então que, os educadores não consideram as assessorias como momento pedagógico também importante. Essa forma de pensamento demonstra o modo vago e conceitualmente impreciso deles conceberem as ações de educação em saúde, desvalorizando o papel político e social que toda ação educativa representa.^{23,19}

Entretanto, justificam dizendo que por gastarem muito tempo com a organização do serviço de campo, as questões específicas da educação não são discutidas, distanciando-os das mesmas, como nessa fala: 'As ações de educação existem sim, mas foram empurradas para um contexto técnico, tanto que me sinto bastante apto mais para um trabalho de supervisor de campo, fico frustrado com isso, porque não podemos perder nosso espaço. Temos que discutir coisas específicas da educação. Senão, o que está acontecendo: o campo vai crescendo, avançando e a educação ficando para trás'. Aparecendo o desconforto dos educadores em não repensarem suas práticas; logo, seu saber fica prejudicado, por não encontrar espaço ou por não ter uma fundamentação teórica apropriada sobre educação em saúde a ponto de suscitar diálogo entre os pares.

As características das ações têm se fundamentado nas necessidades burocráticas e formais do controle, comprometendo-se mais com a organização do serviço do que com os objetivos da educação em saúde. Com isso, identificamos a existência de um descompasso que provoca tensões, desmotivações e até descrenças no âmbito do trabalho: '[...] sinceramente, não sei quando vamos parar e pensar nosso trabalho: a gente vive de apagar incêndio, a gente dança conforme a música'.

Mesmo que as práticas dos educadores estejam mais voltadas às ações de campo e atreladas a manuais e normas técnicas, nenhum profissional da saúde deve evadir-se de sua função pedagógica.^{24,22} Por representar um valor, ela favorece o potencial criativo, o espírito crítico e a interação com os sujeitos, onde cada qual poderá contribuir com suas experiências, o essencial é desenvolver a capacidade de compreender e se fazer compreendido.¹⁵ O princípio dessa concepção funda no que Morin²⁴ denomina 'ensino educativo', que não se restringe à transmissão do saber, mas marca uma cultura que desperte, provoque e favoreça a autonomia do pensamento.

O referencial

A análise compreensiva do grupo focal¹² conduziu ainda à reflexão sobre quais seriam os referenciais das ações realizadas pelos educadores. Identificamos que os educadores vêem a educação em saúde a partir da noção de 'vender a idéia' da prevenção, na tentativa de mudar comportamentos. E aliam-se ao argumento da morbidade para 'assustar' as pessoas, como única possibilidade de evitar a doença, como expressa a fala: 'Nós falamos que somos vendedores e temos que vender para a população que dengue é uma doença que mata'. Isso traz consigo o lado 'feio' e

'ruim' dos fatos, inculcando culpa nas pessoas, gerando sensações negativas.^{8,20}

Observamos também que o processo educativo ainda continua centrado na educação em saúde tradicional, de mudança de hábitos e coresponsabilização, valorizando os métodos e a imposição de conteúdos aplicados individualmente.^{8,17,20,22,23} Conforme segue a fala: '[...] as pessoas têm que cuidar do seu quintal, eliminando tudo que possa servir de criadouro do mosquito [...] a gente está cansado de falar, a gente informa, mas elas não entendem. Então, a gente acaba fazendo por elas'. Nesse caso, o educador é a autoridade máxima em conhecimentos, um especialista das estratégias de controle, independentemente do contexto social das populações, tal qual o modelo biológico, também chamado de preventivo, segue os pressupostos da antiga saúde pública.^{5,22}

Em outro trecho selecionado do grupo focal, a educação em saúde parece entendida como processo de condicionamento das pessoas.²² O objetivo é induzir à mudança, por meio de gincanas e prêmios em troca da limpeza dos quintais das residências: 'Eu acho que para mobilizar a população você sempre tem que dar alguma coisa em troca. Ela se mobiliza porque ganha, mas depois volta tudo como antes'.

Entre os participantes, fica clara a necessidade de superar esses modelos pedagógicos de educação, inclusive das assessorias aos municípios: 'Eu acho que o controle de vetores tem uma linha muito militarizada, nós temos que mudar, quebrar, romper isso [...]. Temos que trabalhar de uma forma mais democrática, lidando com eles como seres pensantes, que podem dar sugestões e não simplesmente receber ordens, mas vejo que há resistências e a resistência acontece até entre os educadores'.

Além disso, reconhecem que a diversidade dos aspectos culturais deveria nortear as ações de controle, como nessa fala: 'Nós precisamos saber o que a população entende das medidas de controle, como é a dinâmica dos criadouros do mosquito na casa deles. Com essas informações, você fica sabendo por que as pessoas não fazem as coisas da forma que tem que ser'. De outra forma, Freire²² reforça que é necessária a construção de novos sentidos, significados individuais e coletivos sobre o processo saúde-doença, como um processo legítimo de educação.

É válido considerar que o controle no Estado de São Paulo tem sido reativo, pois trabalha com parâmetros comportamentais dos vetores para planejar as atividades educativas sem consideração do contexto em que vivem as pessoas. Essa noção é típica do modelo biológico, que se embasa em medidas de proteção e recuperação da saúde, apenas na interação homem, agente etiológico e meio ambiente,⁵ o que limita as ações educativas.

Compreendemos que, na prática, o referencial da educação em saúde continua voltado à mudança de comportamento, vencer a resistência das pessoas sem ampliar as possibilidades de reflexão e participação no controle.²² Prevalece uma prática influenciada pela educação sanitária que, historicamente, tem dominado as ações de educação em saúde no Brasil, reforçando padrões de saúde concebidos pelo governo à população.^{5,8}

Os pontos fracos

Durante a dinâmica do grupo focal,¹² os educadores levantaram vários pontos problemáticos que interferem no processo de educação em saúde, podendo ser ponto de partida às reflexões sobre as práticas.

O que mais sobressaiu foram aspectos do formato do programa de controle do *Aedes aegypti*. Na visão dos educadores, o tipo do programa atual não condiz com a diversidade da realidade urbana dos municípios com epidemias pelo fato do estilo do programa ser de endemias rurais passadas. O programa atual tem como base o controle mecânico de criadouros e controle químico das formas imaturas e aladas do mosquito em visitas as residências, pontos estratégicos e imóveis especiais, além da mobilização social.⁷ Para eles, algumas atividades impedem a participação da população e reforçam o controle da dengue como uma ação somente do governo, como expressado nessa fala: [...] eu sou totalmente contra isso que está aí. Assim, não posso culpar. Falar que o povo não faz o controle. Se não faz, é resultado do que é imposto pela ditadura do programa. Se o povo hoje é assim acomodado, é por causa disso mesmo. Esse programa só deseduca o povo'.

Nas conversas do grupo, uma das atividades mais citadas foi visita casa a casa feita pelos agentes de controle para eliminar os focos do mosquito e orientar a população. Segundo os educadores esta medida representa um trabalho paternalista, fiscalizador, sem solução dos problemas nas residências e ainda antipedagógico. Os agentes cumprem a atividade com determinação de tempo e número de visitas por dia, coletam dados sobre cada tipo de criadouros existentes nas residências como se fosse um inventário de observação subjetiva, sem necessidade de diálogo com os moradores, como nessa expressão: 'A visita de casa a casa está complicado em todos os lugares. Ela tende a acabar, com certeza, porque a população não agüenta mais. O agente entra mudo e sai calado. Fiscaliza tudo sem considerar o morador, sem explicar o motivo pelo

qual está ali naquela casa. Não podemos chamar isso de educativo e sim de paternalismo'. Além disso, se por um lado os educadores investem em ações de mobilização social, por outro a população espera a visita desse agente para fiscalizar e retirar os focos. Do ponto de vista deles, os objetivos da visita casa a casa se contrapõem aos da educação em saúde.

Estudos realizados por Penna²⁰ e por Tauil¹⁷ demonstraram que a população considera o agente de controle de vetores um fiscal. É o indivíduo que executa a limpeza dos quintais das residências em uma relação insignificante entre o conhecimento repassado pelos agentes e a prática da população. Penna²⁰ ainda questiona esse tipo de trabalho, definindo-o como estratégia tradicional do tempo de Oswaldo Cruz, de custo muito alto e sem efeito efetivo para o controle do vetor.

Outro ponto do programa questionado foi o controle. Segundo os educadores, esse tipo de atividade se contrapõe também aos objetivos da educação em saúde. A população fica como expectadora e se mantém na dependência dessa ação, deixando de contribuir com a retirada dos criadouros nas residências. Essa estratégia é considerada uma medida valiosa durante epidemias. Todavia, é pouco efetiva na manutenção de índices baixos do *Aedes aegypti*, além da questão da resistência dos insetos aos larvicidas e adulticidas utilizados.^{17,20}

A contratação de força-tarefa e a rotatividade dos profissionais, também foram citadas pelos educadores como pontos que enfraquecem a ação educativa: 'Eles entram nas casas com saco de lixo [...] uns vão falando de dengue e outros catando o lixo do quintal da pessoa: um lixeiro de luxo [...] e o grande problema nosso é que contratamos a força-tarefa com um monte de gente e nada se resolve'. Na realidade, para desenvolver a visita

casa a casa, é necessário um contingente razoável de agentes para dar cobertura aos imóveis dos municípios. Em situações de epidemias iminentes, não tendo o número suficiente de agentes para o controle, as Prefeituras contratam mais agentes, chamados de força-tarefa. Por serem contratos temporários, mesmo bem treinados e capacitados, não chegam a adquirir experiência a ponto de realizar um trabalho de boa qualidade.¹⁷

Outra questão abordada foi a escassez de verbas municipais para realização das ações educativas. Segundo as educadoras, isso desvaloriza a área: 'Na nossa região, estou com vergonha. Os IECs já viraram pedintes. Eles ficam com o chapéu na mão esmolando tudo de que precisam, desde uma caneta, até coisas maiores que precisam comprar. Tanto que eles trocam os telefones nas reuniões dos fornecedores, como eles chamam: os patrocinadores [...]'.¹⁷

Se pensarmos que a ênfase das ações de educação em saúde muitas vezes são campanhas educativas em massa, como distribuição de folhetos que elas denominam de 'panfletagem', realmente necessita-se de recursos. Mas se entendermos que o pensamento se modifica por meio da ação e não na contemplação das coisas, aí poderemos gerar parcerias duradouras e práticas inovadoras, que muito ampliam o papel de cada um, sobretudo na sustentabilidade das ações educativas.^{5,8,19}

Fato bastante debatido entre os educadores foram os aspectos culturais que envolvem as concepções da população associadas ao processo saúde, doença, vetor: 'A população entende assim: se você pegar dengue a culpa é do governo. Está na memória da população que dengue é um problema do governo. A solução é o veneno e tem gente que ainda acredita que dengue é uma gripe forte e que não leva a morte'.

Podemos dizer que ao tomarmos a população como objeto das nossas práticas como sendo carentes de um saber, perde-se de vista que os comportamentos são orientados por crenças, valores e representações sobre o processo saúde-doença. Conhecer a população, compreender suas formas de lidar com os problemas da dengue e do mosquito, entender seus hábitos e costumes, é uma forma de superação das práticas tradicionais. Só compactuam e participam de mudanças as comunidades que se sentem efetivamente sensibilizadas e envolvidas com os problemas locais.⁸

O problema da dengue continua presente no Brasil há mais de 20 anos, causando surtos epidêmicos que desestruturam toda a sociedade. Entretanto, descobrir como 'quebrar' características de um programa tradicional de controle, continua sendo o desafio. Os resultados rápidos e sem aderência junto à sociedade ainda aparecem como mais sedutores.^{8,17}

As possibilidades

Neste tema foram reunidos pontos relevantes para tomada de decisão com vistas as reorganização das diretrizes das ações educativas. Um dos pontos é a necessidade de inserir a prevenção em um contexto mais amplo da atenção básica, a promoção da saúde: '[...] o controle de vetores tinha que estar envolvido não só com ações de prevenção da dengue e sim com a promoção da saúde'.

É possível afirmar que o controle se encontra compartimentalizado, sem poder conceber os conjuntos ou a complexidade das reais problemáticas de saúde. Outras doenças ligadas ao meio ambiente poderiam ser integradas no contexto de trabalho da SUCEN. De maneira geral, a complexidade é capaz de reunir, de

contextualizar, de globalizar, mas ao mesmo tempo reconhecer o singular.³

Não se trata de abandonar tradicionais formas de prevenção e controle históricas no Estado: '[...] o que temos que fazer é discutirmos, juntos, formas de realizar o controle, com base na experiência que passamos', mas de recriá-las de tal forma que absorva a experiência passada, tornando-as mais próximas aos princípios do SUS e à complexidade do conceito de saúde. Para Freire²¹, saberes que convivem juntos tornam-se sabedoria.

Os educadores discutiram também a associação das ações de controle com as questões de cidadania, como nessa fala: '[...] cidadania é uma coisa que a gente ainda não conseguiu despertar nas pessoas. Eu acho que o grande desafio nosso é esse: estabelecer o que é do Estado e o que é do cidadão, porque tem um desacerto total nisto'. Se buscarmos a promoção da saúde, a cidadania é um valor que não pode ficar fora, quando se pensa em mudança de pensamento. É um processo de aprendizado que se atualiza à medida que as pessoas vão experimentando as relações e percebendo que seu saber e sua experiência têm importância e são respeitados.^{3,22}

Além disso, os educadores falaram sobre um planejamento pedagógico mais dialógico, como expressa a fala: 'O erro é o fato de você planejar mecanicamente as atividades, é preciso abrir o canal da comunicação no nosso planejamento. À medida que você estabelece o diálogo há uma troca, uma coisa de gente para gente, da gente ouvir mais e falar menos'. Nesse caso, os educadores reconhecem que a base do planejamento educativo repousa na comunicação, especialmente nas possibilidades do diálogo. O planejamento dialógico é um caminho fecundo para desenvolvimento de ações que tenham como propósito

quebrar o ciclo dominador da pedagogia da transmissão e caminhar para ações que privilegiem a ação de sujeitos grupais capazes de interagir e comunicar-se.¹⁹ No diálogo existe a interação comunicativa, capaz de articular, mobilizar as pessoas a unir-se à sua ação (estado ou município), o que levaria a um comportamento ético e moral, condizente com os princípios de cidadania, caminho de uma prática emancipatória e uma comunidade planetária organizada.^{3,15,19}

É possível afirmar que a vontade das educadoras é de aprender mais para melhor entender e adaptar-se à realidade dos municípios. A educação em saúde é parte essencial da prática de qualquer profissional de saúde, em especial do educador. Portanto, deve ser uma ferramenta que capacite as pessoas e inclusive eles mesmos, para tomar suas próprias decisões.^{3,8,19}

Observamos que as atividades são elaboradas, executadas, mas não avaliadas e, por isso precisamos saber sobre avaliação: '[...] se tivéssemos avaliação do nosso trabalho, a gente começaria a perceber aquilo que a gente faz muito e o que a gente não faz. A gente precisa ter uma visão um pouco melhor do que acontece; mas como fazer isso, eu não sei! Aí, fica a cobrança de que o trabalho da gente não aparece'. Podemos dizer que foi unânime entre os educadores essa questão de avaliação do serviço e que isso revela uma lacuna da área de educação em saúde. Na realidade, existe o registro quantitativo de palestras, orientações, exposições, assessorias, supervisões e treinamentos, mas avaliações qualitativas não são realizadas. Para Freire²², a educação é de difícil mensuração. As abordagens qualitativas servem bem para isso, pois têm como núcleo comum o fato de levarem em conta a participação e percepções dos sujeitos envolvidos em uma dada iniciativa e a consideração das relações e das

representações como parte fundamental do êxito e limites das ações.²⁵

CONCLUSÃO

Os depoimentos das educadoras foram resultado de suas vivências, modos de ser e ver e, tiveram por base a subcultura existente na instituição e o complexo tema de educação em saúde. Assim, possibilitou-nos considerar a educação em saúde no controle do vetor *Aedes aegypti* como um processo potencializador da descentralização de ações do SUS, uma vez que integra saberes e práticas e pode fortalecer a intersetorialidade. Entretanto, a compreensão do processo educativo das ações ainda é restrita ao enfoque tradicional e intervencionista. A relação dos educadores é mais de soma de funções do que de articulação desses novos saberes. A prática se encontra compartimentalizada e sem atributo de prática social.

Mais do que os desafios inerentes às questões de prevenção e promoção da saúde neste país, a educação em saúde no controle de vetores enfrenta obstáculos internos como: a visita casa a casa descontextualizada, a generalidade das ações educativas no estado, as assessorias técnicas sem consideração com as peculiaridades dos municípios.

O controle de vetores demanda profissionais com capacidade de diagnosticar e solucionar problemas, de tomar decisões, de criar, de intervir, de trabalhar em equipe, de auto organizar-se e de reconstruir-se num ambiente de constante modificação, dado à dinâmica das doenças transmitidas por vetores.

Diante da conjunção dos fatos analisados nesse estudo, a resolutividade pode ser alcançada a partir de:

- Instituição de diretrizes de planejamento do componente educativo em formato horizontal, dialógico com respeito às crenças, valores, hábitos, opiniões tanto da população quanto dos próprios profissionais;
- Implementação de arcabouço teórico/prático de ações interdisciplinares, integradas às demais profissões e áreas envolvidas com a saúde, para ampliar os conhecimentos e a compreensão do poder da educação e sua influência no processo saúde-doença;
- Investimentos tecnológicos, de qualificação de seus educadores para enfrentar o cotidiano. O uso de educação a distância deve ser uma das ferramentas de oportunidade do ensino;
- Envolvimento apropriado daqueles com interesse em iniciativas de avaliação em serviço e pesquisas sobre processo pedagógico, levando-se em conta a natureza complexa da intervenção e o seu impacto de longo prazo;
- De uma política de educação em saúde alicerçada no compromisso ético de

responsabilidades que atendam às complexidades do conceito de saúde e favoreçam um novo panorama do processo pedagógico no contexto da promoção da saúde.

- Dos educadores acreditarem nas possibilidades de mudança, no âmbito da ação profissional. Acreditarem em uma nova cultura institucional das práticas educativas visando à participação comunitária.

Por fim, a educação em saúde no controle de vetores tem infra-estrutura e capilaridade como nenhum outro programa de saúde do estado, mostra interesse em aproximar os desafios das doenças endêmicas aos demais princípios do sistema de saúde. A política de educação permanente pode ser o caminho, pois traz a possibilidade de tornar os profissionais mais críticos, mais envolvidos, mais capacitados para transformar a realidade e mais conscientes de sua verdadeira função de educador.

AGRADECIMENTOS

Dr^a Maria Esther de Carvalho, Pesquisador Científico. Dr^o Cláudio Santos Ferreira, Professor da Universidade de São Paulo.

REFERÊNCIAS

1. Gubler DJ, Clark GG. Community involvement in the control of *Aedes aegypti*. *Acta Tropica*. 1996; 61(2):169-79.
2. WHO. World Health Organization. Health Promotion Evaluation: recommendations to policy-markers. WHO - Regional Office for Europe, Copenhagen. 1998.
3. Morin E, Ciurana ER, Motta RD. Educar na era planetária: o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo

- erro e incerteza humana. São Paulo: Cortez, 2003.
4. Wanderley DMV, Glasser CM, Silva B, Teles FB Teles. Superintendência de Controle de Endemias - Sucen: 30 anos de trajetória. Bepa. 2006; 3(1 Supl): 3-9.
 5. Barros JAC. Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? Saúde e sociedade. 2002; 11(1):67-84.
 6. Marques GRAM, Brito M, Serpa LLN, Gomes AHA, Pereira M. Programa de controle de *Aedes aegypti* no Estado de São Paulo. Bepa. 2006; 3(1 Supl):36-9.
 7. Brasil. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Dengue. Brasília: Fundação Nacional de Saúde; 2002.
 8. Diniz MCP, Figueiredo BG, Schall VT. Hortênsia de Hollanda: a arte da educação em saúde para prevenção e controle das endemias no Brasil. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2009; 16(2):533-48.
 9. Yin RK. Estudos de caso: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2003.
 10. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
 11. Bardin L. Análise de conteúdo. 3. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.
 12. Westphal MF, Bógus CM, Faria MM. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. 2002;120:472-82.
 13. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 10 out. 1996. Seção I, p. 21082-5.
 14. Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõem sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção I, p.18055-9.
 15. Habermas J. Ciencia y técnica como “ideología”. In.: Ciencia y Técnica como “Ideología”. Traducción de Manuel Jiménez Redondo y Manuel Garrido. 4 ed. Madrid: Tecnos, 1999.
 16. Vilasbôas ALQ, Paim JS. Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal. Cadernos de. Saúde Pública. 2008; 24(6): 1239-50.
 17. Tauil PL. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. Cadernos de Saúde Pública. 2002; 18 (3):867-71.
 18. Brasil, Ministério da Saúde. Informação, Educação, Comunicação: uma estratégia para o SUS. Coordenação de Informação, Educação e Comunicação, Brasília, 1997.
 19. Freire P. Educação como prática da liberdade. 26. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

20. Penna MLF. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle de dengue. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003; 19 (1):305-9.
21. Claro LBL, Tomassini HCB, Rosa MLG. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cadernos de Saúde Pública*. 2004; 20(6):1447-57.
22. Freire P. *Pedagogia do oprimido*. 40 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2005.
23. Morin E, Almeida MC, Carvalho EA. *Educação e complexidade: os sete saberes e outros ensaios*. São Paulo: Cortez, 2002.
24. Morin E. *A cabeça bem-feita: repensar a reforma, repensar o pensamento*. Tradução de Eloá Jacobina. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.
25. Minayo MCS. *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

Recebido em: 03/06/2011

Aprovado em: 12/12/2011

Correspondência/Correspondence to
Lúcia de Fátima Henriques
Rua Paula Souza nº 166, Bairro Luz
CEP: 01027-000 – São Paulo, SP, Brasil
Tel.: 55 11 3311-1100
E-mail: luciah@sucen.sp.gov.br