

Desnaturalizar as ‘endemias de estimação’: mobilização social em contextos das arboviroses no Brasil

Autores: *¹ Valcler Rangel Fernandes; Maurício Monken & Grácia Maria M. Gondin; Zélia M. Profeta da Luz; Ana Beatriz A. Slaibi Lopes; Márcia Correa e Castro; Emanuel Campos Filho; André Luiz da Silva Lima; José Paulo Vicente da Silva e Annibal Coelho de Amorim

CONTEXTO

Desde os anos 1980, a população brasileira enfrenta sucessivas epidemias de dengue. A doença é provocada por um vírus transmitido pelo mosquito *Aedes Aegypti*, vetor de disseminação de outras infecções que aparecem mais recentemente no cenário nacional, como Zika, Chikungunya e a febre amarela urbana (esta reemergente no país). Agravando o cenário, estudos epidemiológicos apontam associação entre a infecção pelo vírus Zika e alterações congênitas de recém-nascidos causadoras de microcefalia.

Em 2015, este cenário fez com que a Organização Mundial da Saúde (OMS) declarasse Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, em decorrência da dispersão do vírus Zika e suas consequências com a transmissão autóctone em 24 países nas Américas. No Brasil, esta epidemia tem potencial para se transformar em tragédia, dada as condições socioambientais e sanitárias favoráveis à disseminação da doença em regiões onde predomina situação de extrema desigualdade social e condições de vida precárias.

Cabe salientar que os índices alarmantes de arboviroses se concentram nas mesmas regiões onde a dengue incide há 30 anos. A partir deste panorama, duas questões merecem ser discutidas: primeiro o possível fracasso das estratégias vigentes de enfrentamento das arboviroses, adotados por diferentes esferas governamentais. Além disso, fica igualmente claro que as origens do problema não estão meramente na dispersão do vetor, mas se articulam aos determinantes sociais de saúde.

No contexto brasileiro, o setor saúde tem sido marcado, em sua história recente, pela organização de um modelo centrado no aspecto clínico e assistencial, resultando na ampliação de um complexo industrial da saúde globalizado e dominado por grandes corporações. Este modelo não tem respondido de forma efetiva aos problemas de saúde de populações em países com características demográficas,

¹Respectivamente, médico sanitarista/Fiocruz; prof. e pesquisadores do LAVSA/EPSJV/Fiocruz; Centro de Pesquisas René Rachou-Fiocruz/MG; assessora VPEIC-Fiocruz/RJ; jornalista Canal Saúde/Fiocruz; Mestrando/UFRJ e do IDEIASUS/Fiocruz; Doutorando ENSP/FIOCRUZ; enfermeiro e médico, pesquisadores do IDEIASUS e “Mobilização Social em contextos das Arboviroses”/Fiocruz. Ver CV detalhados na Plataforma LATTES. Correspondência: Fundação Oswaldo CRUZ - Fiocruz, Av. Brasil, 4036, sala 815, CEP: 21.041-361, Mangueiras, RJ, Brasil. (e-mail: annibal.amorim@fiocruz.br)

epidemiológicas e sanitárias como o Brasil, marcados por desigualdades sociais e de acesso a cuidados de saúde (GONDIM, 2011).

Por isso, torna-se necessária a estruturação de um sistema de vigilância em saúde que se contraponha ao modelo médico-assistencial e sanitarista-campanhista, compreendendo a saúde, a doença e o cuidado como manifestações resultantes de processos históricos e culturais (MENDES, 1993). Na perspectiva deste artigo, a vigilância em saúde deve ter base territorial e popular, incorporando, simultaneamente, a determinação social do processo saúde-doença das epidemias e a promoção da saúde como eixo norteador de processos e ações.

O Território como lócus de mobilização social

Vivemos em um período histórico de profundas alterações nos modos de vida de pessoas e da sociedade, resultado do processo de globalização da economia com expansão e incorporação massiva de processos técnicos em redes de cadeias produtivas e de finanças em todos os lugares do planeta, com apropriação de recursos locais e intensificação de fluxos de circulação e de troca de informações, materialidades e pessoas. (GONDIM et al, 2008)

A velocidade desses acontecimentos no espaço-tempo efetuam alterações locais com consequências no ambiente, na vida social, na cultura e na política, que exigem respostas imediatas de setores governamentais - como a saúde - para vigiar e prevenir problemas e dar assistência às populações da cidade, do campo e da floresta. Neste processo, emerge como contraponto à globalização (SANTOS, 1999) a questão do local e do território vivido. Estes devem ser observados não só como lócus da habitação, mas também como lugar para a produção, para as trocas materiais e simbólicas e para convivência entre as pessoas.

O processo de globalização tem como característica central a transposição de qualquer forma de fronteira física ou simbólica, no âmbito individual e coletivo. Problemas de toda ordem circunscrevem desafios complexos e multidimensionais. A globalização da economia e a intensidade de seus fluxos homogeneizam recursos e trocas, subtraindo particularidades e singularidade dos territórios e propiciando mudanças rápidas e significativas na propagação de doenças e patógenos (vírus e bactérias) por todo o planeta.

Em contraposição, a vigilância em saúde - ideia proposta e disseminada no Brasil a partir dos anos 1980 - tem como pilar o território, entendido como lugar onde

se produz a vida social e onde são evidenciadas potencialidades, necessidades e problemas de saúde. O entendimento dessa realidade específica e local possibilita estruturar tecnicamente ações para melhoria das condições de vida e saúde das populações. Nessa acepção o território constitui-se como categoria central para operacionalização de diferentes formas de intervenção visando o enfrentamento das múltiplas e singulares situações de saúde.

No Brasil, a proposta de Vigilância da Saúde de base territorial (TEIXEIRA, VILLAS BOAS e PAIM, 1998; MENDES, 1993; MONKEN e BARCELLOS, 2005) surge como modelo tecnológico de organização do processo de trabalho e da atenção à saúde, apoiado na observação e contextualização dos determinantes sociais da saúde e na concretude dos processos sociais que ocorrem no território, os quais contribuem para estruturar práticas sanitárias por meio da participação social e da intersetorialidade.

Para compreender cada contexto sócio-sanitário, a Vigilância da Saúde de base territorial aciona diversos conhecimentos - epidemiológicos, geográficos, sociológicos, educacionais - indispensáveis ao agir estratégico. Além disso, ao micro-territorializar situações-problema, essa perspectiva materializa e evidencia as necessidades das populações, e, contando com a participação popular para solucionar questões, busca assegurar o acesso a serviços e ações de saúde, de forma integral, efetiva e equânime (MENDES, 1993).

Território e participação social no enfrentamento dos problemas de saúde

Território é conceito que nos ajuda a descrever e entender as formas de viver no planeta. Possibilita a análise social de populações nos âmbitos geral, particular e singular (CASTELLANOS, 1990; MONKEN e BARCELLOS, 2005; GONDIM, 2011) contribuindo para o conhecimento dos modos e estilos de vida das pessoas e grupos: sua cultura e tradições, saberes, ideias, sentimentos, projetos e interesses diversos que se materializam na apropriação e controle de espaços. O território também expressa diversas dimensões da existência humana (física, política, econômica, social, ambiental, epidemiológica, sanitária, subjetiva) que podem ser base estruturante para a mobilização social e intervenção intersetorial, no enfrentamento das arboviroses e outros problemas de saúde.

Conhecer o território contribui para o entendimento do processo saúde-doença-cuidado e para identificar formas de uso que podem potencializar a

capacidade operacional do sistema de saúde local, de modo a organizar ações e serviços no enfrentamento aos problemas e as necessidades da população. O olhar sobre o território permite reconhecer singularidades espaciais, dinâmicas sociais, econômicas e políticas e decodificar os múltiplos saberes (populares, técnicos, tecnológicos) que lhes aferem sentidos e significados. Também possibilita aos profissionais de saúde compreender a produção social da saúde, contribuindo para a implementação de práticas de cuidado e de atenção à saúde efetivas junto aos diferentes grupos populacionais. (MONKEN e GONDIM, 2016)

Poder é o conceito chave para entender o significado de território. Expressa a possibilidade de exercer mando, julgo ou imposição de vontade ou projeto particular a outras pessoas, grupos, instituições. Tem sido exercitado, para além da sua contribuição na definição do Estado, como característica singular de todos os atores sociais que usam e disputam ideias, intenções e desejos no espaço coletivo ou particular. A população, as empresas, o poder público, os grupos sociais, as diversas organizações sociais, culturais, religiosas e outras possuem poder e o exercem de acordo com seus planos e projetos; e com suas capacidades de fazer com que eles se materializem. As redes comunitárias também exercem poder de apropriação sobre o território. Estruturam-se no cotidiano, fortalecendo os processos de vizinhança, de relações comunitárias e de coexistência da diversidade entre pessoas e grupos.

Essas relações constroem processos de apoio social por meio de atores locais que realizam práticas populares como ervateiros, parteiras, benzedeiros curandeiros, cuidadores informais de idosos e de crianças, entre outros. São saberes populares que fortalecem os laços, os vínculos e as identidades territoriais, no enfrentamento dos problemas e na busca de suprir as necessidades locais, sendo fundamentais na mobilização da população. Essa dinâmica ocorre fortemente em nível local, nos territórios de comunidades com população de baixa renda, onde se observa acentuada exclusão social e busca ativa às redes de apoio como uma estratégia de sobrevivência (MONKEN e GONDIM, 2016).

A sociedade ao produzir e se apropriar do território cria regras de uso e de poder. Tais relações de poder ditam regras sociais ou leis específicas, que podem ser criadas pelo Estado (formais) ou pela sociedade (informais). As formais estão escritas, nem todos as conhecem, mas devem se submeter a elas. As informais não estão escritas, todos as reconhecem e as seguem se forem pactuadas pelo coletivo. As regras, leis e os estilos de vida são códigos, valores e significados que permeiam o

cotidiano e que afetam a conduta das pessoas criando, inclusive, culturas de comportamento. Reconhecer estas regras é fundamental para que se organize qualquer tipo de mobilização social no enfrentamento de problemas locais.

Dinâmicas territoriais criam diferentes territorialidades que expressam relações de poder que, por sua vez, afetam recortes espaciais singulares. Desta forma, as territorialidades são estratégias que os atores sociais, individuais ou coletivos, públicos ou privados, utilizam para influenciar ou controlar pessoas, recursos, fenômenos e relações, delimitando e efetivando o controle sobre uma área, comunidade, bairro, município, estado e até mesmo país (SACK, 1986).

Na atualidade vem se intensificando a produção de multiterritorialidades, dada a diversidade crescente de atores com projetos distintos suscitando processo constante de transformação. Significa a sobreposição de várias intenções de uso e controle sobre o território por diferentes atores ao mesmo tempo. Cada território pode conter diversas formas de uso que demarcam objetivos distintos.

São moradores que vivem no lugar, empresas que se utilizam do território para produzir e comercializar mercadorias, associações de todo tipo que atuam localmente. Há ainda grupos sociais que atuam clandestinamente por meio da violência como as gangs e quadrilhas, que impõem suas regras de apropriação do território. O poder público também cria territorialidades quando atua de forma específica. Por exemplo, no caso dos serviços de saúde e das escolas, com seus processos de trabalho particulares, que se estruturam de acordo com as características de cada contexto local. Esse movimento de muitos interesses em disputa no mesmo território gera conflitos que devem ser identificados, compreendidos e solucionados. Reconhecer estes processos e seus múltiplos atores contribuirá na mobilização de populações (HAESBAERT, 2004).

Para entender a multiterritorialidade podemos comparar esse processo ao que acontece em uma “quadra esportiva polivalente”. Há demarcações na quadra - o território - para diferentes esportes a serem praticado: futebol, basquete, vôlei, handebol, entre outros. Cada modalidade tem suas regras. De modo análogo, a multiterritorialidade traduz diferentes formas de apropriação e uso do território por pessoas e grupos, que acontecem simultaneamente, de modo sobreposto, algumas com maior outras com menor potência (MOREIRA, 1987; MONKEN e GONDIM, 2016).

Vivemos cotidianamente em permanente processo de territorialização, ou seja, buscando nos fixar a territórios - lugares que nos propiciem construir identidade,

regras e vínculos. No entanto, também sofremos ou somos submetidos, principalmente no capitalismo, a processos de perda do território, o que denominamos desterritorialização. Esta se caracteriza por dinâmicas sociais em que grupos de população são alijados do acesso ao território no sentido mais básico e material da existência, como o são os sem terra, os sem teto, os quilombolas, os pescadores artesanais, os indígenas e os excluídos socialmente dos benefícios do progresso material (HAESBAERT, 2004).

Os sistemas econômicos concentradores de renda promovem não só a desterritorialização, mas também, a precarização das condições de vida da população. Territórios vulneráveis são caracterizados por oferta irregular de esgotamento sanitário, abastecimento de água, coleta de lixo, drenagem de águas pluviais dentre outros serviços essenciais, o que potencializa a ocorrência de determinados grupos de doenças, como as arboviroses, cuja determinação social está associada a baixos padrões de saneamento ambiental e de condições de vida. Verificam-se nesses lugares problemas recorrentes de mobilidade urbana e de segurança alimentar e ainda, na maioria das vezes, frágil coesão social e força comunitária, cuja participação popular em processos de mobilização torna-se um desafio a mais para o controle de doenças.

São muitos os territórios de exclusão e exceção dentro da cidade. São contextos, muitas vezes com alta densidade demográfica, com fortes impactos de vizinhança (violência; tráfico; poluição, etc.) e geografia peculiar em função da proximidade/aglomeração dos objetos do território - vias públicas, rios, moradias, estabelecimentos produtivos (pequenas indústrias e comércios). Some-se a isso a precariedade dos acessos a pessoas e mercadorias, por meio de estreitos logradouros, becos e vielas, intensificando os fluxos, o contato e a inter-relação com o entorno. (MONKEN e GONDIM, 2016). Esses grupos excluídos socialmente e desterritorializados, são potenciais vítimas das arboviroses e, ao mesmo tempo, atores fundamentais para o seu enfrentamento.

Identidade social e território: elementos estruturantes na mobilização social

Os territórios são diferentes, possuem grande heterogeneidade espacial e grande homogeneidade interna. Configuram-se a partir de interesses particulares tanto de pessoas, como grupos e instituições que o produzem para atender a objetivos e finalidades específicas de acordo com projeto de cada um. Existem territórios que

apresentam perfis singulares como as comunidades de pescadores, de agricultura familiar, de operários, e também aqueles onde predomina abundância e riqueza.

A identidade que a população tece no território, muitas vezes é resultado de processos de longa permanência de relações sociais marcadas no espaço-tempo, vinculando questões de pertencimento e vínculo das pessoas aos lugares de vida. São processos que incorporam práticas culturais, hábitos e comportamentos imbricados nas relações sociais. Por essa razão, são fatores estruturantes do território e fundamentais para as ações de mobilização e de organização comunitária.

As características sociais, culturais, ambientais e sanitárias que envolvem as identidades territoriais e as representações que a população lhes atribui, tornando-as realidades, interferem nas práticas em saúde no território, principalmente aquelas que incorporam a população nas ações de saúde. A participação popular nas práticas de saúde é vital para ampliar a atuação comunitária e aproximá-las das equipes e dos serviços de saúde no controle e vigilância dos problemas de saúde, possibilitando a construção de pactos comunicativos e participativos.

Mobilizar a população para ação, como ator central para o cuidado com seu território de vida, significa conduzir pessoas a agirem em conjunto, o que necessita, criar estrutura para estabelecer relações de cooperação e de uso de recursos com o fim de levar a mobilização a termo. Neste sentido, a vigilância da saúde de base territorial fundamentada pela prática estratégica de informação-decisão-ação, pode trazer maior eficiência e sustentabilidade na mobilização social estruturada a partir do Planejamento Estratégico Situacional - PES (TEIXEIRA, PAIM E VILASBÔAS, 1998; MENDES, 1993).

O enfoque estratégico-situacional proposto originalmente por Carlos Matus (1993) indica possibilidade de subsidiar práticas concretas em qualquer dimensão da realidade social e histórica, contemplando, simultaneamente, a formulação de políticas, o planejamento e a programação em saúde. Baseado na teoria da produção social vê a realidade como indivisível e entende que tudo o que existe em sociedade é produzido pelo homem (TEIXEIRA, PAIM E VILASBÔAS, 1998; MENDES, 1993). Portanto, é ferramenta indispensável para apoiar ações de vigilância da saúde que pressupõem a promoção da saúde e a intersetorialidade.

Para efetivar práticas de vigilância da saúde de base territorial incorporando a mobilização social para o enfrentamento de problemas de saúde deve-se conhecer as diversas dimensões do território (política, econômica, ambiental, sanitária, cultural,

outra), dado que influenciam diretamente a história de vida das pessoas e, determinam formas de perceber, experimentar e vivenciar a saúde e a doença.

A dimensão política também é vital para qualquer forma de mobilização social no território. O reconhecimento dos atores sociais, suas capacidades e poder de ação local e seus recursos, são fundamentais para efetividade do processo. Identificar quais os projetos de cada ator social no território e quais recursos materiais e simbólicos podem ser acionados no lugar para implementar ações, vão indicar quais são fundamentais para mobilizar efetivamente a população.

A dimensão cultural também se destaca, já que a cultura é meio pelo qual as pessoas organizam e legitimam seu grupo na sociedade, produzindo elementos para a sua organização social, política e econômica. Inclui conhecimentos, crenças, arte, moral, leis e costumes que as pessoas adquirem e desenvolvem junto aos lugares e contextos sociais ao longo da vida, influenciando comportamentos, percepções, emoções, linguagem, religião, rituais, estrutura familiar, dieta, modo de vestir, imagem corporal, conceitos de tempo e espaço e atitudes frente à doença, à dor e a outras formas de infortúnio (DIAS & DIAS, 2010).

Nesse cenário, os processos de mobilização social devem incorporar elementos teóricos e práticos da política e da cultura do território reconhecendo-os como dispositivos para sua efetivação/potencialização. O conhecimento das regras, normas e leis que estruturam o poder local, muitas vezes se materializam também na cultura permitindo compreender os problemas e as necessidades em saúde, individuais e coletivas, além de imprimir significados próprios à vida social que favorecem à mobilização, à emancipação e ao empoderamento comunitário.

O conjunto de dispositivos identificados no território abrem possibilidades de encontros cooperativos entre as pessoas, fortalecidos pelo vetor identidade para construir formas diversas de mobilização, potencializando a capacidade local de promover coletivamente melhorias nas condições de vida e na situação de saúde e implementar ações específicas, em acordo com sua identidade.

A territorialização em saúde para a mobilização social .

Para intervir em situação de saúde específica, tendo como estratégia de ação a mobilização social, é fundamental analisar as condições de vida do território, identificando atores, recursos e regras sociais de convivência que traduzem, na realidade local a dinâmica da vida cotidiana e determinam, em maior ou menor escala,

o estado de saúde e a qualidade de vida da população. O processo de territorialização em saúde possibilita realizar análise das condições de vida de determinada população permitindo que os grupos populacionais e os agentes públicos, em particular os da saúde, reconheçam a situação de saúde local, embasando a tomada de decisão e a definição de estratégias apropriadas. O reconhecimento do território para as ações de saúde pública (territorialização em saúde) se realiza com a identificação de atores sociais, de potencialidades locais, de ameaças à saúde, de vulnerabilidades, de equipamentos públicos, de lideranças e resgate da história de ocupação do território, suas tradições e manifestações culturais.

Este processo se viabiliza a partir da observação de campo sistemática com coleta de dados primários e secundários, a ser realizada por equipe de saúde em conjunto com a população, relacionando objetos identificados no lugar com as ações que cada ator social (individual ou coletivo, público ou privado) promove no contexto da vida. O objetivo é identificar territorialidades estruturadas pelos atores locais e suas características socioculturais distintas. Pressupõe ainda a análise dos contextos locais pautada na teoria da produção social, o que impõe desenvolvimento de estratégias de investigação e elaboração de instrumentos de coleta de dados para a realização de diagnóstico, planejamento e intervenções sanitárias visando a melhoria das condições de vida e saúde das populações (MONKEN, 2008).

No processo de territorialização são utilizadas técnicas de pesquisa qualitativa e quantitativa para identificar, conhecer, analisar e intervir sobre problemas e necessidades em saúde. Existem inúmeros instrumentos que podem ser utilizados, alguns são indispensáveis (MONKEN e GONDIM et al, 2016a):

Dados primários - (a)reconhecimento e mapeamento do território: coleta informações sobre riscos, vulnerabilidades (poluição, resíduos, esgoto a céu aberto, violência, outros), doenças e agravos; famílias, grupos sociais e instituições (redes de apoio social, igrejas, templos, escolas, serviços de saúde, outros); meios de comunicação (jornais de bairro, rádio comunitária, redes sociais); limites físico-espaciais; objetos da geografia física e construídos (edifícios, estradas, escolas, comércio, ruas, pontes, equipamentos públicos, outros); **(b)entrevista:** ouve atores do território para conhecer a história de ocupação; os problemas e necessidades percebidas e as potencialidades que podem ser acionadas para resolução de problemas; identifica organizações e sua capacidade de ação - do poder público, em especial do setor saúde, de entidades civis (ONGs, igrejas, associações e redes de

cuidado informais); movimentos sociais (grupos de rap, funk, sem teto, usuários de drogas, mulheres) e lideranças comunitárias; **(c) observação de campo:** anotações e fotografias para reconhecimento de singularidades locais, tais como lugares de encontro da população e de ações comunicativas (praças, igrejas, associação de moradores, quadras esportivas, campos de futebol, bares, outros.).

Dados secundários – (a) demográficos: (população absoluta, por faixa etária, por gênero, níveis educacionais e taxa de alfabetização de adultos; perfil epidemiológico); **(b) geomorfológicos:** clima, temperatura, relevo, hidrografia; **(c) estrutura sanitária e produtiva:** distribuição de água, de esgoto, de lixo; de domicílios; de serviços de saúde, de transporte, de segurança, de finanças, de comunicação; de estabelecimentos escolares públicos e privados; de estabelecimentos produtivos (indústrias, comércio e serviços)

A análise de agrupamento e de relacionamento entre informações primárias e secundárias vão subsidiar a produção de diagnóstico de condições de vida e situação de saúde de territórios, que devem ser compartilhados e pactuados localmente, possibilitando processos de mobilização social entre a população e agentes públicos (da saúde, do saneamento, da assistência social, do desenvolvimento urbano e rural, outros) como vista a organização de intervenções cooperativas e participativas. A dinâmica da territorialização/ reconhecimento/ aprendizagem/ mobilização/ intervenção, no caso das arboviroses pode se constituir, simultaneamente, como aprendizagem coletiva sobre as condições de vida e a situação de saúde de territórios, e como dispositivo para a integração e mobilização social na busca de soluções para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Desse modo, a inserção comunitária no processo de territorialização em saúde é estratégica para a mobilização social. O eixo central dessa metodologia pedagógica de conhecimento e reconhecimento do território consiste na estruturação de compromissos e solidariedade entre comunidade e agentes públicos locais, principalmente do setor saúde, com capacidade para construir base de cooperação e corresponsabilidade, para planejamento, definição e desenvolvimento de práticas sanitárias apropriadas e para o enfrentamento dos problemas de saúde.

Comunicação para Mobilização Social

No que se refere à mobilização social em torno das arboviroses (e outros problemas de saúde), as estratégias utilizadas nas últimas três décadas por diferentes

esferas do governo brasileiro, passam principalmente por ações de comunicação. Desde as primeiras epidemias de dengue nos anos 1980, são empreendidas campanhas publicitárias, baseadas em peças e discursos produzidos majoritariamente de modo centralizado (em geral por agências de propaganda contratadas pelo Ministério da Saúde), refletindo a tradicional concepção da comunicação como "transferência de informação" (ARAÚJO e MIRANDA, 2007).

Os discursos veiculados tendem a responsabilizar o cidadão pela superação das epidemias com slogans como "Dengue, Zika e Chikungunya: se você agir podemos evitar²" ou "O Combate à Dengue está em Suas Mãos"³. Spots de rádio e TV, panfletos e cartazes fazem um forte apelo para que as pessoas participem eliminando criadouros do mosquito em suas casas, o que embora seja fundamental não é suficiente, visto que os determinantes sociais das arboviroses vão muito além dos hábitos individuais de cada cidadão. Por exemplo, de nada adiantará o esforço contínuo de eliminar focos do mosquito numa residência localizada em bairro sem saneamento básico ou sem coleta de lixo.

Seja como for, o agravamento do quadro sanitário sugere que tais estratégias comunicacionais foram ineficazes mesmo no que se refere à mobilização social. Considerando os resultados do modelo adotado, nos é possível questionar a ideia de uma relação causal entre uma "boa comunicação" e a "mudança de comportamento". Em artigo publicado em 2009, Miranda e Lerner se opõem a esta concepção, defendendo, como alternativa, ações de comunicação que considerem os diferentes contextos (local, existencial e situacional) em que se inserem os indivíduos e grupos com quem se pretende dialogar (e não "a quem se deve informar"). Não se trata de falar de Dengue, Zika e Chikungunya, mas de falar de Dengue, Zika e Chikungunya na comunidade.

Tomando como referência o documento "mobilização social: um modo de construir a democracia e participação" de José Toro e Nísia Werneck, a mobilização social ocorre quando um grupo de pessoas, uma comunidade ou uma sociedade, "*decide e age com um objetivo comum, buscando, cotidianamente, resultados decididos e desejados por todos*" (1999). Esta construção coletiva pressupõe troca, produção, disputa e agenciamento de ideias e sentidos, processo que se materializa,

² Campanha desenvolvida pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2017.

³ Campanha desenvolvida pelo Ministério da Saúde brasileiro em 2015.

justamente, por meio da comunicação social no âmbito de cada espaço-tempo específico. Portanto, a comunicação que viabiliza a mobilização popular é aquela que se processa no contexto do território, entendida, nas palavras de Orozco (1993), como um processo multimediado, multidimensional e mutidirecional, onde todos falam ainda que, notadamente, de lugares de fala e níveis de empoderamento distintos.

Mobilização, portanto, não pode ser confundida com propaganda ou divulgação, mas exige um processo de compartilhamento de discursos, visões e informações. Pressupõe incluir o outro na tomada de decisão e não apenas transmitir verticalmente o que deve ser feito, principalmente quando nos referimos aos determinantes sociais (proximais ou distais) da saúde que precisam igualmente ser objetos de enfrentamento sanitário.

Mobilização Social & Territórios vulneráveis em contextos de Zika e doenças: Relatos de Experiências

Em 2015, Gonçalves e colaboradores, publicaram artigo de revisão integrativa, com trabalhos sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. Dos artigos avaliados, os autores observaram que persiste lacuna a ser preenchida no que diz respeito ao empoderamento da população como partícipe ativo do processo, ao invés de meros espectadores das definições da política oficial. Ressaltam a necessidade de atuar na comunidade, levando em consideração as particularidades do território. Destacam a importância do desenvolvimento do senso de responsabilidade e de não culpabilização do cidadão, bem como a promoção do diálogo entre ciência e senso comum. Nessa perspectiva, que abordagens podem contribuir para fortalecer o engajamento da população na prevenção e controle do *Aedes aegypti*? Descrevemos a seguir experiências desenvolvidas em Belo Horizonte e Rio de Janeiro que podem apontar caminhos.

Vigilância comunitária para fortalecer a mobilização social para o enfrentamento da tríplice epidemia de dengue, zika e chikungunya: proposta em andamento no estado de Minas Gerais (MG)

A proposta aqui descrita resulta de uma ação do Centro de Pesquisa René Rachou, unidade da Fundação Oswaldo Cruz, em Minas Gerais. As atividades já foram iniciadas e serão organizadas em três eixos: 1) formação de comitês populares, 2) definição de tecnologias sociais baseadas em redes de solidariedade voltadas para

mulheres em idade fértil, gestantes com diagnóstico de infecção pelo vírus zika, e bebês com microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central relacionadas ao vírus zika e, 3) elaboração de propostas para políticas públicas.

Os comitês populares estão sendo implementados em escolas da Rede Pública Estadual (RPE) e atuarão na vigilância comunitária no território, Serão espaços de ação e reflexão. A RPE de Minas Gerais conta com 47 Superintendências Regionais de Ensino (SRE) abrangendo um total de 3.665 escolas em todo o estado. A ideia é que os comitês sejam compostos por alunos, pais, professores e outros moradores, membros da comunidade escolar. Cada comitê deve, em conjunto com a população, definir e implantar estratégias participativas para o reconhecimento, análise e discussão sobre o território, visando a elaboração de um diagnóstico da situação de saúde e condições de vida na localidade, a fim de viabilizar o planejamento de propostas de mobilização social visando ambientes favoráveis à saúde.

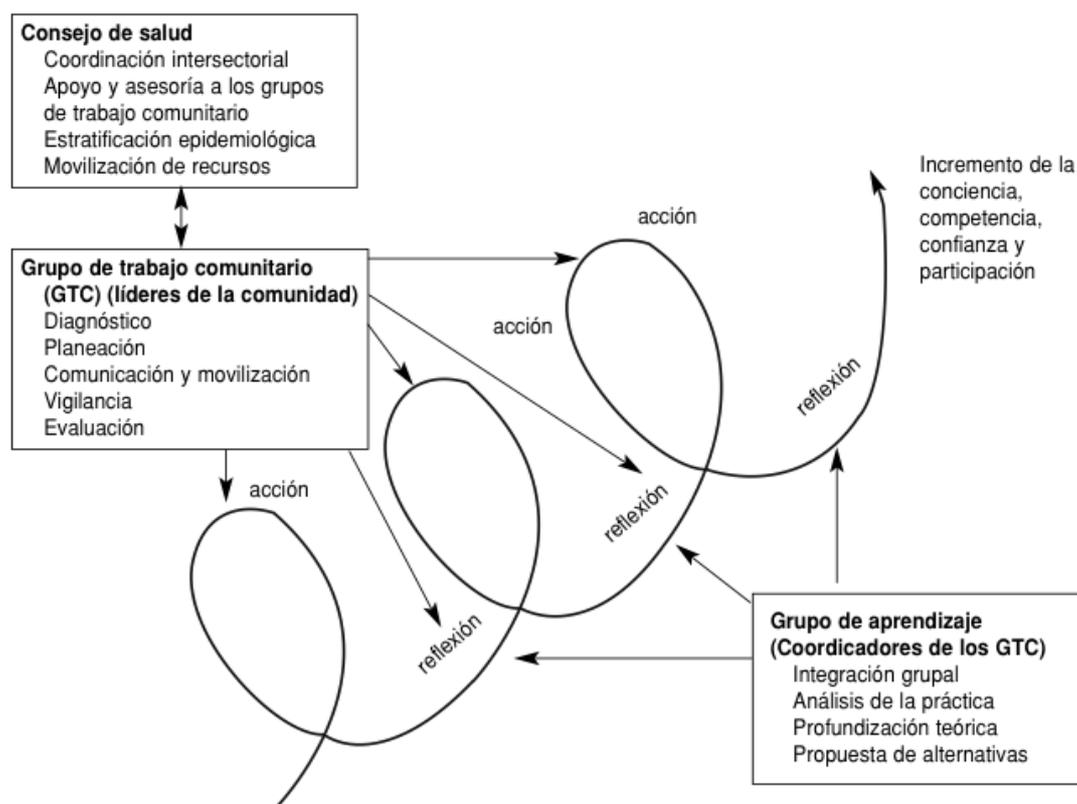
O trabalho é concebido na perspectiva da educação popular e todas as atividades serão desenvolvidas por meio de técnicas da pesquisa-ação. Para a implantação da proposta foi criada uma rede intersetorial formada por profissionais da Fundação Oswaldo Cruz (Unidades do Rio de Janeiro e Minas Gerais), da Secretaria de Estado da Educação, da Secretaria de Estado da Saúde, da Escola de Saúde Pública de Minas Gerais e da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). A implantação dos comitês está sendo realizada de forma gradativa e até fevereiro de 2017, 16 das 47 SREs haviam sido convidadas.

Cada escola que aceitou participar indicou um representante para coordenar a o trabalho no território em que a escola está inserida. A capacitação dos membros dos comitês conta com o apoio de uma plataforma *on line* e a intermediação de tutores. Entre os temas abordados estão as enfermidades, o vetor e as condições favoráveis para a proliferação, os conceitos de território e territorialização, a metodologia para elaboração do diagnóstico local, a participação popular e processos de comunicação.

Em fevereiro de 2017, os coordenadores dos comitês das 214 escolas que aceitaram participar do processo já estavam em contato com os tutores por meio da plataforma digital e se preparavam para constituir os comitês e iniciar a capacitação de seus membros. Após essa capacitação, e com o apoio dos tutores, os comitês organizarão oficinas em suas comunidades, realizarão o diagnóstico local e o planejamento das ações em cada território. O projeto prevê o desenvolvimento de estratégias de comunicação para ampliar o debate sobre a determinação social da

epidemia. Do mesmo modo, os processos e as ferramentas da comunicação serão utilizados na resolução dos problemas locais e na prospecção de riscos. A formação de redes de solidariedade, para suporte a mães e bebês vítimas de sequelas do Zika vírus (a microcefalia, por exemplo) está em discussão, e uma proposta piloto está em curso.

Toda a proposta será avaliada por meio de pesquisa avaliativa tendo como abordagem a análise de implantação da proposta que consiste em estudar as relações entre a intervenção e seu contexto durante sua implementação. Para isso será realizado estudo de caso, analisando de forma mais aprofundada a implementação da metodologia, em cada contexto organizacional local. Serão elaborados indicadores destinados a avaliação da adesão à proposta, adequação da plataforma *on line*, trabalho dos tutores, condições favoráveis para a proliferação do vetor, redes de solidariedade. Para a coleta dos dados serão utilizados questionários, entrevistas, grupos focais e levantamentos. A proposta é inovadora e poderá contribuir para a mobilização social, empoderando populações para o enfrentamento das arboviroses.



Fuente: Adaptado de Shrestha (17).

Figura 1 – Modelo de capacitação dos Tutores e dos Comitês Populares de Mobilização Social para o enfrentamento das arboviroses no Brasil – Experiência relatada pelo Centro de Pesquisas René Rachou / Fiocruz – MG / Baseado no artigo de Sánchez et al (p. 64) citado em obras consultadas

Rede de Controle do *Aedes aegypti* em Manguinhos – Rio de Janeiro

Manguinhos é um bairro de ocupação centenária, situado na região norte da cidade do Rio de Janeiro, cuja delimitação espacial por vezes supera os limites legalmente estabelecidos pela gestão do município. Sua ocupação revela um mosaico de distintos movimentos sócio históricos, com a característica de ter sido alvo de diversos projetos urbanos inconclusos.

Como o próprio nome sugere, Manguinhos antes da intervenção do homem era um território de mangue. Os rios que atravessam a região tiveram seu curso alterado e recebem o esgoto da maior parte das 10 mil moradias hoje existentes no bairro, sem qualquer tratamento. Em dias de chuva muitos desses rios transbordam num cenário de edificações baseadas na autoconstrução, sem regulamentação formal/legal, tanto no que se refere ao uso do solo (regularidade fundiária) como em relação ao processo construtivo (gabaritos não aprovados, materiais mistos, redes de esgotos improvisadas, etc).

Apesar de um histórico que soma a atuação política de base clientelista e paternalista por representantes do Estado, com os cerceamentos (em geral violentos) impostos pela polícia e por quadrilhas de traficantes, a história de Manguinhos registra diversos movimentos e insurgências em prol dos direitos e da vida de sua população, abordando questões como habitação, saúde, saneamento, paz, segurança, entre outros.

Situada no bairro Manguinhos, o principal campus da Fundação Oswaldo Cruz mantém uma relação histórica com a população do entorno, sobretudo com a prestação de serviços de saúde a partir de 1967, com a inauguração do hoje chamado *Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria*. Mais recentemente, o relacionamento da Fiocruz e as populações residentes em Manguinhos se balizam na lógica de ‘cooperação’ com os coletivos e organizações locais, entendimento este presente na perspectiva moderna de Promoção da Saúde.

É neste contexto que emerge a Rede de Controle do *Aedes aegypti* em Manguinhos. Frente aos anúncios midiáticos descontraídos sobre possíveis epidemias de Dengue, Zica ou Chikungunya, todas transmitidas pelo mosquito *Aedes aegypti*, a Cooperação Social da Presidência Fiocruz recebeu as preocupações de diversos ativistas sociais da localidade. Foi realizada, então, uma convocação a toda comunidade científica da Fiocruz para uma reunião com representantes das Associações de Moradores Locais, do Conselho Comunitário de Manguinhos e do

Conselho Gestor Intersetorial do Teias Escola Manguinhos (CGI-TEIAS)⁴, com o objetivo de se estabelecer estratégias de ação.

A reunião aconteceu em dezembro de 2015. As sugestões eram muitas e foram referenciadas experiências anteriores vivenciadas em Manguinhos no controle da Dengue. Neste encontro foi planejado, para o dia de janeiro de 2016, um mutirão para vistoria de casas da comunidade, com a presença confirmada de agentes de saúde, auxiliares de controle de endemias, trabalhadores da Fiocruz, ativistas sociais e representantes do governo municipal.

Este primeiro mutirão suscitou uma série de questões, que contracenavam com a memória dos eventos realizados em anos anteriores, sob diferentes contextos. Esta reflexão deu origem ao "Plano de Controle ao Aedes territorial", que se estruturou sob as seguintes premissas: a) compreensão do território de Manguinhos de forma ampliada, b) presença da cobertura total da Estratégia de Saúde da Família no território; c) participação popular na tomada de decisão, em todas as fases do plano; d) o controle do vetor a partir de uma abordagem ecossistêmica e adoção de gestão integrada; e) uso de diversas tecnologias validadas por pesquisadores da Fiocruz para o controle do *Aedes aegypti*.

Além dessas premissas, foram elencados 4 eixos de atuação: **1º Mutirões** – Articular órgãos públicos e sociedade civil organizada no território para ações de educação em saúde, coleta e destinação adequada de inservíveis de grande porte e visitas domiciliares; **2º Formação de Agentes Populares de Saúde e Ambiente** – Jovens da comunidade seriam acionados e preparados para fazer o monitoramento permanente de possíveis focos; **3º Comunicação Popular e Saúde** – Fortalecer o Jornal Local e outras mídias alternativas atuantes no território de Manguinhos; **4º Monitoramento** – Estabelecer um núcleo de centralização de informações resultantes das ações.

O segundo e quarto eixos não avançaram pela ausência de financiamentos. Na perspectiva comunicacional, teve destaque o Jornal "Fala Manguinhos", produzido por moradores da comunidade que, na versão impressa e no *Facebook*, abordaram o tema do enfrentamento das epidemias de modo permanente. Os mutirões seguiram

⁴ O CGI-TEIAS é um conselho de saúde formado por representantes dos usuários, trabalhadores da saúde e da gestão. Tem caráter deliberativo e conta com representantes de usuários do sistema público de saúde de diferentes segmentos (negros, mulheres, juventude, etc).

com força até o final do primeiro semestre de 2016, garantindo ações em cada sublocalidade de Manguinhos.

A experiência nos mutirões evidenciou a precária e ineficaz coleta de lixo do território e o parco fornecimento de água encanada por parte do Estado. Em relação aos serviços de saúde, constatou-se que a atuação dos agentes comunitários de saúde e dos auxiliares de controle de endemias não eram regidos pela mesma adscrição territorial, o que inviabilizou um planejamento de atuação domiciliar eficaz. Este dado motivou o coletivo a buscar um encontro com a Secretaria Municipal de Saúde, o que de fato não ocorreu.

Outro obstáculo era o horário de expediente de auxiliares de controle de endemias, que até o final de 2016 estavam proibidos pela gestão central da Prefeitura de trabalharem aos sábados, domingos e feriados, justamente o melhor dia para realizar as visitas domiciliares no território. (Nos dias de semana, em horário útil, boa parte das casas estava fechada, já que os moradores estavam trabalhando).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências relatadas e a reflexão sobre o cenário das arboviroses no Brasil, apontam uma série de obstáculos que dificultam o processo da mobilização social imprescindível no enfrentamento não só das arboviroses, mas dos problemas de saúde, de modo geral. Sintetizamos tais desafios na tabela abaixo:

Tabela 1

OBSTÁCULOS NO ENFRENTAMENTO DAS ARBOVIROSES
Ausência de enfrentamento dos determinantes sociais da saúde em territórios vulneráveis
Ações governamentais centralizadoras com baixa integração dos estados e dos municípios
Modelo comunicacional de caráter vertical, centralizado e apoiado em publicidade culpabilizadora da população
Ausência de territorialização e mobilização social, em que o enfrentamento de endemias/epidemias resultem do trinômio “ação-reflexão-ação reflexiva” permanente

Nossa reflexão aponta que a superação de tais obstáculos passa pela criação de redes de informações para a tomada de decisões, constituídas de maneira horizontal e com o engajamento democrático de diferentes atores sociais presentes em cada território. Tais redes podem viabilizar o desenvolvimento de modelos alternativos de enfrentamento dos problemas de saúde. A partir de elementos metodológicos

aglutinadores mínimos, presenciais e à distância, é possível facilitar trocas e intercambiar respostas locais e regionais, estendendo-as/replicando-as, quando possível, a outros territórios vulneráveis com características socioambientais semelhantes.

Desta forma, torna-se fundamental “caminhar em direção” aos territórios vulneráveis, conhecendo “por dentro” a sua realidade. Este diagnóstico é um ponto de partida para o processo de mobilização social postulado. É imprescindível trabalhar a partir de premissas de empoderamento, equidade e sustentabilidade, retroalimentando intervenções de base local, considerando categorias como gênero, etnia, raça, cultura, e o saber tradicional que emerge de cada grupo social em processo de mobilização.

Parece, pois, importante trazer à discussão reflexões sobre a mobilização social proposta, onde as pessoas atingidas pela crise sanitária devem ser protagonistas. A participação nas decisões no desenvolvimento de políticas públicas, a inclusão de ações de vigilância popular em saúde, a capacitação e a popularização da ciência, aliadas à manutenção das pesquisas e assistência potencializam outros tipos de resposta às arboviroses e outros problemas de saúde.

As pessoas podem ser convidadas à mobilização mas, em última análise, participar ou não é uma decisão de cada um. A decisão depende das pessoas se perceberem ou não como parte de todo o processo, e, acima de tudo, como capazes de construir mudanças, pressupõe “uma convicção coletiva da relevância, um sentido de público daquilo que convém a todos” (TORO e WERNECK, 1999).

Referências Bibliográficas

- 1) ARAÚJO, Inesita Soares e MIRANDA, Janine Cardoso. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2007
- 2) CASTELLANOS PL. **On the concept of health and disease**. Description and explanation of the health situation. *Epidemiol Bull* 1990; 10:1-8.
- 3) DIAS, F. A.C. & DIAS M. S. A. (orgs) **Território, Cultura e Identidade**. Rio de Janeiro- RJ: Editora Abrasco, 2010, 172p.
- 4) GONÇALVES, R.P. et al. **Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue**. *Saúde e Sociedade*, v. 24, n. 2, p. 578-593, 2015.

- 5) GONDIM, G.M.M. **Territórios da atenção básica: múltiplos, singulares ou inexistentes?**, Tese de Doutorado, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2011.
- 6) GONDIM, G.M.M, MONKEN M., et al. O território da Saúde: A organização do sistema de saúde e a territorialização. In MIRANDA, A; BARCELLOS, C; MOREIRA, J; MONKEN, M. (Org).**Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.
- 7) HAESBAERT, Rogério. **O Mito da Desterritorialização: do "Fim dos Territórios" à Multi territorialidade**. Rio de Janeiro: Ed. Bertrand Brasil, 2004.
- 8) MENDES, Eugênio Vilaça (org). **Distritos sanitários: processo social de mudanças nas práticas sanitárias para Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro, Editora Hucitec, 1993.
- 8) MATUS, C. **Política, Planejamento e Governo**. Brasília: IPEA, 1993.
- 9) MIRANDA, Janine Cardoso e LERNER, Kátia. Os Jovens e os Discursos sobre AIDS: da Centralidade dos Contextos para a Apropriação dos Sentidos. **RECIIS**, Rio de Janeiro, v.3, n.3, p. 67-75, setembro de 2009.
- 10) MONKEN, Maurício. Contexto, Território e Processo de Territorialização de Informações: desenvolvendo estratégias pedagógicas para a educação profissional em saúde, in BARCELLOS, Christovam (org), **A Geografia e o Contexto dos problemas de saúde**, Rio de Janeiro: ABRASCO; ICICT; EPSJV, 384 p.: (Saúde e Movimento; n. 6), 2008.
- 11) MONKEN, M., GONDIM, G.M.M. et all. **Elaboração de Caderno de Atividades de Territorialização das Condições de Vida e Situação de Saúde para Apoio Pedagógico de Processos Formativos em Vigilância em Saúde – Rio de Janeiro: Edital FAPERJ n.º 28/2014, Apoio à produção de material didático para atividades de ensino e/ou pesquisa (relatório técnico parcial), 2016a.**
- 12) MONKEN, M. e BARCELLOS, C. **Vigilância em Saúde e Território Utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(3):898-906, mai-jun, 2005.
- 13) MONKEN, M e GONDIM, G.M.M., Território: o lugar onde a vida acontece, in **Curso de Aperfeiçoamento em Educação Popular em Saúde: textos de apoio / org. Vera Joana Bornstein... [et al.]. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2016. 164 p.**
- 14) MOREIRA, R. **O Discurso do Avesso: para a crítica da geografia que se ensina**. Editora Contexto, 1987.

- 15) OROZCO, Guillermo. **Hacina una Dialectica de la Televisión: la Estructuración de Estrategias por los Televidentes.** In: *Comunicación & Política*, CEBELA, São Paulo, ano XIII, n. 22-25: 57-73, 1993.
- 16) SACK, R. D. **Human Territoriality.** Cambridge: University Press, 1986.
- 17) SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção.** São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
- 18) TEIXEIRA CF, PAIM JS, VILLASBÔAS AL. **SUS, modelos assistenciais e vigilância da saúde.** *Informe Epidemiológico SUS*, 7:7-28, 1998.
- 19) TORO, José Bernardo e WERNECK, Nisia Maria Duarte Furquim. **Mobilização Social: Um modo de Construir a democracia e a participação.** Unicef, Brasil, 1999

Outras obras consultadas

- 1) SALAZAR, L. **Efectividad en Promoción de la Salud y Salud Pública – Reflexiones sobre la práctica en América Latina y propuestas de cambio.** Programa Editorial Universidad del Valle, Santiago de Cali, 2009
- 2) BREILH, J. **Epidemiologia Crítica – ciência emancipadora e interculturalidade.** Editora Fiocruz, RJ, 2015
- 3) MARZOCHI, K. **‘Dengue, a mais nova endemia ‘de estimação’.** *Cadernos de Saúde Pública*, RJ, 2 (3), pp 133041, abr-jun, 1987
- 4) MARZOCHI, K. et al. **Dengue no Brasil – Dengue fer in Brasil.** In: *Debates, História Ciências Saúde Manguinhos*, RJ,5 (1) pp 173-215 mar-jun, 1998
- 5) CORONADO, J.A.P. **La nueva gramática democrática frente a la integración autónoma latino-americana y caribenha.** In: *Sociedade e Estado*, 29(1), UnB, pp 45-90, jan-abr, 2014, Dossiê Desafios da consolidação democrática na América Latina, 2014
- 6) CUETO, M & PALMER, S. **Atenção Primária à Saúde, resposta neoliberal e Saúde Global na América Latina.** In: *Medicina e Saúde Pública na América Latina – uma história*, Editora Fiocruz, RJ, pp 227-295, 2016
- 7) SANCHÉZ, L. et al. **Estrategia de educación popular para promover la participación popular en la prevención de la dengue en Cuba.** In: *Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health* 24 (1),pp 61-69, 2008
- 8) RANGEL, V et al. **TR “Mobilização Social frente à Emergência Sanitária no Brasil: a contribuição da Fiocruz”.** CTPS, 1ª Rev. 9 maio de 2016 e 2ª Revisão em 23 de fevereiro de 2017 por Grupo Técnico do IdeiaSUS/Fiocruz.