

#



#

## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE**

**Os discursos sociais da dengue:  
Recepção de materiais educativos**

**por**

**Bartira dos Reis Rocha Cezar**

**Orientador (a):** Dr<sup>a</sup> Adriana Kelly Santos

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2009

## **CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE**

**Os discursos sociais da dengue:**

**Recepção de materiais educativos**

**Por**

**Bartira dos Reis Rocha Cezar**

Projeto de Pesquisa apresentado ao Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Comunicação e Saúde.

**Orientador (a):** Dr<sup>a</sup>Adriana Kelly Santos

Rio de Janeiro  
Dezembro de 2009

## **Agradecimentos**

À minha mãe, Marli, pelo exemplo de força e fé na vida. E ao Sandro, meu amor e companheiro, por sua comovente fé no meu potencial. O amor de vocês me dá coragem de seguir sempre em frente. Obrigada!

À Adriana Kelly por ter orientado firmemente meus passos com competência e respeito às minhas idéias, e por ter compartilhado do meu entusiasmo pela pesquisa.

À Coordenação do curso Janine, Izamara e Kátia pela presença e generosidade.

À minha irmã Maíra pelo incentivo e vibração por cada etapa vencida.

Ao meu irmão, Raoni, jovem infante, pelo espírito guerreiro e contagiante alegria de viver.

À Gisele pela amizade e apoio nos momentos de incertezas.

A todos os novos amigos que fui conquistando um dia de cada vez desde que cheguei ao Rio, por me ajudarem a suportar a saudade de casa e a construir uma nova vida.

Com muito amor e gratidão!

Sumário

1. Introdução.....	1
2. Hipótese.....	9
3. Objetivos.....	9
3.1.Objetivo geral.....	9
3.2.Objetivos específicos.....	9
4. Referencial teórico.....	10
4.1.Comunicação e Saúde.....	10
4.2. Saúde.....	16
5. Metodologia.....	20
Cronograma.....	28
Referências Bibliográficas.....	29

A saúde sempre foi tema instigante para mim. Aguçava-me a curiosidade na busca de entender mais sobre a relação entre a produção social da saúde e o surgimento de doenças psicossomáticas, que desde cedo percebi serem ignoradas ou simplesmente desconsideradas, não apenas pelos profissionais de saúde com quem tinha contato, mas pelas pessoas que, em por toda parte, se auto-medicavam com muita naturalidade. Na contramão dessa tendência e sintoma de modernidade, eu buscava tratamentos “alternativos” ou abordagens mais humanizadas para os problemas de saúde que enfrentava. Apesar da vontade de conhecer mais sobre os processos de saúde-doença, a paixão pelas palavras e o desejo, por hora adormecido, de ser escritora me conduziram à faculdade de Comunicação Social. Acreditava que, como jornalista, poderia exercitar diariamente o aperfeiçoamento das palavras e dos muitos modos de dizer e de produzir um texto, a partir de interesses diversos. Isso se revelava como um jogo fascinante, proposto pelas palavras e pela ideologia, conceito que aprendi nos meus cursos de formação política e que me diziam como a sociedade funciona, quem são os atores, a partir da perspectiva da classe trabalhadora. Desse ponto em diante, pude entender que as desigualdades e a naturalização das mesmas são construídas socialmente e, portanto, podem ser reconstruídas sob uma nova perspectiva, respaldadas na luta pelo direito a condições dignas de vida.

De fato, esta é minha primeira incursão no campo da saúde, mais precisamente na interseção entre comunicação e saúde, representa uma oportunidade de pesquisar as relações sociais em saúde, mesmo não sendo uma profissional da área. A escolha da dengue como tema se deu pela riqueza de possibilidades a serem exploradas na produção social dos discursos, se considerarmos as epidemias como um fato social que vem provocando mudanças na estrutura da organização social. Nota-se que a aparente resistência da população em assimilar ou aderir ao discurso de prevenção da dengue reside nos registros do imaginário coletivo sobre limpeza ser sinônimo de saúde e não de doença. Isso exige da população a assimilação de

um novo discurso – oposto ao discurso higienista, que associava sujeira à doença e a maus hábitos de higiene – ao apresentar que a dengue é transmitida pela picada de um mosquito que se reproduz em água limpa (Araújo e Cardoso, 2008). Esta

discussão pode adquirir maior densidade se levarmos em conta que, se a reprodução do vetor da dengue se dá em água limpa, propícia à reprodução do mosquito, isso não quer dizer que seja necessariamente própria para o consumo humano.

Com esta convicção fui delineando o presente projeto, que pretende estudar como são produzidos os sentidos sociais da dengue, mediados pela análise da recepção de materiais educativos produzidos por instituições governamentais e da sociedade civil, como uma estratégia de comunicação para o enfrentamento desse agravo.

O campo da saúde requer um investimento constante em pesquisas que possibilitem a revisão das práticas comunicativas vigentes nos serviços de saúde, o que justifica a realização de estudos de recepção sobre os diferentes agravos. No que se refere à dengue, essa necessidade se faz mais premente, pois, apesar dos níveis satisfatórios de conhecimento da população sobre como se prevenir, a doença e as epidemias continuam ocorrendo em muitos estados brasileiros, causando muitas mortes. Dessa forma, o investimento em pesquisa dedicadas à investigação das condições de produção e recepção dos discursos sobre dengue, em especial sobre o uso contextualizado de materiais educativos, torna-se necessário para compreensão dos determinantes socioculturais que caracterizam as epidemias em muitos estados do país.

Para delimitação do tema da pesquisa, foi realizada uma revisão bibliográfica em bases de dados científicas. A leitura preliminar desses estudos revelou que muitos investigam o nível de conhecimento da população sobre a dengue e sua subsequente adesão às práticas preventivas. Os estudos de Lefèvre *et al.* (2004), Chiaravalloti *et al.* (2002), Brassolatti *et al.* (2002), Claro *et al.* (2004), Lenzi *et al.* (2004) e Gonçalves Neto *et al.* (2006) constatam que ter informações sobre os modos de transmissão e prevenção da dengue não é suficiente para que esses

3

sejam adotados como medidas preventivas, com vistas ao controle da proliferação do mosquito transmissor da dengue, o *Aedes aegypti*. Entre os fatores atribuídos ao descompasso existente entre a informação e a prática citam-se o descrédito da população nos serviços de saúde, a crença no caráter inevitável da doença e o repasse verticalizado do conhecimento (Clark, 1995; Nathan, 1993 *apud*

Chiaravalloti *et al.*, 2002).

De acordo com esses estudos um dos fatores que contribuem para essa situação é o enfoque das campanhas educativas, que prioriza a divulgação sobre as formas de prevenção da doença, desconsiderando os determinantes sociais, culturais e políticos intrínsecos à produção da epidemia da dengue em nosso país. Nessas iniciativas, acredita-se que o repasse de informações é o suficiente para promover mudanças de comportamento na população, que muitas vezes é vista como passiva e alvo de educação sanitária. Essa lógica fundamenta-se no modelo desenvolvimentista de comunicação, ainda hoje muito utilizado nas ações de educação e comunicação em saúde, inclusive no âmbito da produção de materiais educativos destinados à prevenção da dengue (Araújo e Cardoso, 2007).

Mediante o exposto, considera-se pertinente questionar: “Quais os sentidos e representações que os materiais educativos sobre dengue produzem quando circulam entre diferentes pessoas nos diversos contextos sociais?”

Na literatura revisada, foram encontrados poucos estudos que analisam os materiais educativos sobre dengue. Em 2004, Lenzi e Coura publicaram um artigo de opinião “Prevenção da dengue: a informação em foco”, cujo objeto foram os materiais educativos distribuídos à população no ano de 2002 durante a epidemia de dengue. O estudo aponta para a necessidade de serem repensados tanto o conteúdo, quanto a forma pela qual as informações são repassadas no material. Além disso, não foi encontrado nenhum estudo de recepção que discuta o processo de apropriação de sentidos a respeito dos discursos ofertados sobre dengue à população. Isto é, verificou-se a ausência de estudos que discutam os processos comunicativos sobre esse agravo, com vistas a conhecer a resposta da população ao conteúdo existente nos materiais educativos. Por esta razão, a análise da recepção de materiais educativos pode revelar aspectos da prática comunicativa

4

ainda pouco explorados no processo de produção-circulação-consumo dos discursos desse agravo pelos diferentes agentes sociais.

### **Dengue e as estratégias de prevenção**

A dengue é uma doença infecciosa transmitida ao ser humano pela picada de um mosquito pertencente ao gênero *Aedes*, cujo principal agente etiológico é o

*Aedes aegypti*; no entanto, pode ser transmitido por outro vetor, o *Aedes albopictus*. A dengue é uma arbovirose, presente em quase todos os continentes, e suas altas taxas de incidência e morbi-mortalidade faz com que seja considerada um problema de saúde pública (Gonçalves Neto *et al.* 2006). A estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) é de que  $\frac{2}{5}$  da população mundial, aproximadamente 2,5 bilhões de pessoas, circulem ou vivam em áreas endêmicas. Atualmente o vírus está disseminado nas Américas, Austrália, Ásia e África (Ministério da Saúde, 2009; Funasa, 2001).

Segundo o Ministério da Saúde (2009), a maioria das mortes por dengue registradas no país são evitáveis se houver uma organização eficiente dos serviços de saúde de modo a acelerar o processo de diagnóstico e tratamento da doença. Na sua forma clássica, a dengue pode causar febre, náuseas, vômito, dor de cabeça, prostração e manchas avermelhadas na pele. Outras manifestações comuns são dores musculares e dor atrás dos olhos. Na sua forma hemorrágica, apresenta sintomas similares aos de dengue clássica, porém seu diagnóstico dependerá, além dos sintomas, de exames laboratoriais e clínicos, como a prova do laço positiva, para que se confirme. A presença de dores abdominais intensas, palidez cutânea, pele pegajosa e fria, agitação, sonolência, dificuldade respiratória, pulso rápido e fraco, quando provenientes de um diagnóstico de dengue hemorrágica, pode se manifestar em decorrência da síndrome de choque da dengue (Ministério da Saúde, 2009).

A complexidade da doença tem desafiado o modelo de vigilância vigente no país, que, embora tenha demonstrado eficácia no controle de doenças preveníveis—como o sarampo, a poliomielite e a rubéola, bem como algumas doenças vetoriais,

5

tais como a doença de Chagas —, no caso específico da dengue não tem obtido o mesmo êxito (Sabroza, 2009).

Pesquisas citam a urbanização acelerada das grandes cidades brasileiras como um dos fatores que contribuem para a baixa efetividade das ações de controle da dengue. O crescimento desordenado das cidades propicia a reprodução do vetor da dengue de hábitos diurnos e domésticos, em virtude dos problemas graves de infraestrutura, onde são insuficientes ou inexistentes o abastecimento de água,

esgotamento sanitário e coleta de lixo. Isto faz com que se amplie o debate acerca dos fatores de vulnerabilidade social e ambiental a que está exposta a população. (Claro *et al.*, 2004; Oliveira e Valla, 2001).

Chama atenção a forma como esses aspectos são veiculados pela mídia ou nos materiais educativos: é perceptível o discurso da “responsabilização” e “culpabilização” da população frente à epidemia, principalmente durante o verão, quando o calor, a chuva e a umidade proporcionam um aumento de reprodução do vetor. Esse tipo de abordagem ganhou força e alcance na mídia, o que acabou provocando um sentimento coletivo de que a dengue é um problema individual (Sabroza, 2009).

Essas duas dimensões permeiam todo o debate público na construção de um modelo de vigilância no SUS que alcance a efetividade nas ações de controle da dengue. Considera-se imprescindível marcar as diferenças existentes entre ações de controle e erradicação de agravos, haja vista que as diferentes metas estabelecidas para o enfrentamento das doenças estruturarão toda a política sanitária em torno do agravo, inclusive as campanhas e demais estratégias de comunicação para a dengue. Por controle entende-se como um conjunto de medidas de prevenção que tem diferentes metas a serem alcançadas, tais como: erradicação, eliminação, redução de incidência, redução da gravidade e redução da letalidade (Tauil, 1998). O termo erradicação é usado quando não há mais a ocorrência do agravo entre as populações, nem há necessidade de se manterem medidas preventivas para que o mesmo não volte a incidir. Eliminação designa que a incidência do agravo foi reduzida a zero, porém continuam sendo indispensáveis

6

as ações preventivas, para que a doença não reapareça. Compreender que a definição de controle traz um conjunto de atividades que devem ser implementadas para o enfrentamento de um agravo colabora para que se tenha uma visão ampliada dos diferentes programas adotados até hoje no país para solucionar as epidemias de dengue.

Historicamente, as ações de combate à dengue têm sofrido algumas mudanças diretamente ligadas aos conceitos acima discutidos. Até o ano de 1996, o Ministério da Saúde estruturava as medidas de controle da dengue na perspectiva

de erradicação da doença.

A opção pela proposta de um plano de erradicação foi fundamentada no argumento de custo mais reduzido em longo prazo, cujos benefícios, principalmente a prevenção de gastos decorrente de epidemias de dengue hemorrágica, justificariam plenamente os esforços das fases iniciais (Ferreira *et al.*, 2007, p. 962).

A partir de 1996, o Ministério da Saúde passa a preconizar como proposta de intervenção o controle ao *Aedes aegypti*. Para tal, estabelece um conjunto de ações. A primeira delas, a implantação do Plano de Intensificação das Ações de Controle da Dengue (PIACD), propunha a organização dos serviços a partir da lógica de municípios prioritários, cujos critérios de escolha contemplavam as cidades onde houvera transmissão de dengue nos anos de 2000 e 2001 e que estivessem localizadas em áreas de fronteira, capitais e regiões metropolitanas (Ferreira *et al.*, 2007).

No ano de 2002, outra medida tomada pelo Ministério da Saúde foi a criação do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), que em suas ações programáticas preconizava o controle ininterrupto do agravo, por entender não se tratar de doença de fácil erradicação, principalmente por sua alta infestação domiciliar (Ferreira *et al.*, 2007). Para tal, o PNCD estimula a municipalização da saúde e a descentralização dos serviços, estabelecendo um novo papel a cada esfera de governo no controle desse agravo. Nesse novo modo de intervir na rede pública de saúde, o município responde pela realização das atividades de controle da dengue, entre elas a contratação e o gerenciamento da força de trabalho para

7

atuarem no controle da doença.

As orientações do Ministério da Saúde, descritas no manual publicado em 2009 pela Secretaria de Vigilância em Saúde, intitulado “Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue”, têm como objetivo principal orientar as autoridades sanitárias de estados e municípios nas ações de prevenção da dengue, visando ao controle da doença e reduzindo a incidência de óbitos com essas ações coordenadas em situações epidêmicas, bem como em períodos de baixa transmissão. Dentre as orientações mais específicas, destaca-se a ênfase dada à importância da orientação na qualificação de profissionais de saúde na

prevenção, diagnóstico e tratamento da dengue, além da intensificação das ações de vigilância epidemiológica, notificação de casos, controle de vetores e uma melhor estrutura de serviços nos diferentes níveis de atenção à saúde, primando pela integralidade do atendimento ao paciente com sintomas de dengue (Ministério da Saúde, 2009).

Atualmente no município do Rio de Janeiro o combate à dengue é feito pelos trabalhadores da Fundação Nacional de Saúde (Funasa), pelos Auxiliares de Controle de Vetores e pelos militares do Corpo de Bombeiros contratados pelo Governo do Estado do Rio de Janeiro. Segundo dados do Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro (TCMRJ), no ano de 2007 o município contava com 2.898 profissionais atuando no controle do vetor. O trabalho acaba sendo feito pontualmente, orientado pelos índices de infestação predial (IPP), e pelo índice de Breteau (IB), que leva em consideração o número de criadouros infestados pelos mosquitos transmissores da dengue.

Apesar dos esforços empreendidos pelo governo federal, as epidemias de dengue denunciam, do ponto de vista político, uma crise dos diversos setores sociais no enfrentamento deste problema de saúde pública, não só pelo número de mortes que causam, mas por revelarem uma desorganização social nos níveis individual e coletivo (Stotz, 2008; Sabroza, 2009). Soma-se a isso o fato de que a proposta de descentralização das ações de controle da dengue, com vistas ao desenvolvimento de estratégias mais contextualizadas e participativas, inclusive de

8

comunicação, ainda está em construção pelas diferentes esferas de governo.

É inegável que as epidemias de dengue possuem forte componente político, que denunciam certa desorganização das políticas públicas de saúde. Tal aspecto pode ser notado na reemergência da epidemia de dengue no estado do Rio de Janeiro desde 1986. Por exemplo, no município do Rio de Janeiro, foi registrado, em 2008, um total de 129.737 casos, destes, foram confirmados 159 óbitos em decorrência de complicações causadas pelos vírus da dengue (SESDEC/RJ, 2008). Em todo o estado do Rio de Janeiro, segundo dados da Secretaria Estadual de Saúde- (2008), foram notificados 255.818 casos de dengue, sendo confirmados 252 óbitos; entre esses, 102 foram causados pela Febre Hemorrágica do Dengue (FHD)

e pela Síndrome do Choque do Dengue (SCD); 150 foram diagnosticados como “Dengue com Complicações”. Na ocasião, a faixa etária entre 0 e 15 anos respondeu por 33% dos casos de óbitos.

## **2. Hipótese**

Os materiais educativos produzem sentidos e representações distintos, de acordo com cada contexto de uso junto à população. A linguagem prescritiva e normativa contida nesses materiais desfavorece o diálogo com a população na discussão sobre a importância da participação popular na prevenção da dengue.

## **3. Objetivos**

### **3.1. Objetivo Geral**

Estudar como são produzidos os sentidos sociais da dengue mediados pela análise da recepção de materiais educativos produzidos por instituições governamentais e sociedade civil como uma estratégia de comunicação para o enfrentamento deste agravo.

### **3.2. Objetivos Específicos**

1. Identificar a percepção da população sobre as formas de transmissão e de prevenção da dengue;
2. Identificar que ações de prevenção à dengue são realizadas pelas equipes de saúde no sub-bairro Mendanha;
3. Identificar que assuntos os moradores gostariam que fossem abordados nos materiais educativos, de que forma e quais os contextos de uso destes recursos.

10

## **4. Referencial Teórico**

### **4.1. Comunicação e Saúde: a análise de materiais educativos na intervenção social**

Nesta pesquisa, adota-se o referencial teórico da produção social dos sentidos que compreende os discursos como parte fundamentalmente constitutiva da realidade e da organização das práticas sociais, inclusive em saúde. A premissa dos discursos como produtores da realidade sustenta a presente investigação, que se dedica à compreensão de como os discursos de prevenção da dengue são produzidos, circulam e são consumidos pelos diferentes sujeitos nas práticas sociais.

Nesse sentido, a comunicação se configura, como um espaço estratégico de

conflitos e negociação constantes de sentidos, expresso nos textos ou enunciados por uma multiplicidade de vozes que, da perspectiva discursiva, estabelecerão uma correlação de forças na luta pelo poder simbólico (Bourdieu, 1989), o poder que é constituído nas relações sociais e que investem de legitimidade discursos que por se fazerem ouvir podem moldar a percepção da realidade e determinar a participação da vida em sociedade.

O conceito de polifonia desenvolvido por Mikhail Bakhtin em 1920 reconhece que um discurso é composto de múltiplas vozes, e “o modo particular como as vozes são articuladas é chamado por Bakhtin de ‘dialogismo’” (Araújo e Cardoso, 2007, p.57). O dialogismo seria, portanto, a articulação de outros discursos (vozes) na formação da prática discursiva.

A configuração das “vozes” e “diálogos” que estruturam a arena discursiva sobre a dengue poderá ser compreendido com base no modelo de comunicação do Mercado Simbólico (Araújo, 2002). Este modelo considera que, na produção social dos sentidos, há uma concorrência discursiva, estabelecida entre diferentes interlocutores que lutam para fazer com que a sua versão da realidade circule pela rede de comunicação.

11

A comunicação opera ao modo de um mercado, onde os sentidos sociais — bens simbólicos — são produzidos, circulam e são consumidos. As pessoas e comunidades discursivas que participam desse mercado negociam sua mercadoria — seu próprio modo de perceber, classificar e intervir sobre o mundo e a sociedade — em busca de poder simbólico, o poder de constituir a realidade (Araújo, 2004, p.167).

Os agentes sociais responsáveis pela operacionalização da comunicação nesse modelo são denominados interlocutores, sejam sujeitos e/ou instituições que movimentam o mercado simbólico numa luta constante para que os seus discursos ocupem uma posição central nessa rede de comunicação.

A noção de **interlocutor** se opõe às de “emissor e receptor” dissolvendo a estrutura linear e instaurando a ideia de que cada pessoa participa por inteiro do circuito produtivo que caracteriza a prática comunicativa” (Araújo, 2004, p.167, grifo da autora).

Os interlocutores serão aqui entendidos como coprodutores sociais. O posicionamento que cada interlocutor ocupará na rede de comunicação denomina-se lugar de interlocução. Este lugar na rede de comunicação, seja mais central, seja mais periférico, estará na razão direta da capacidade com que cada interlocutor consiga fazer circular os seus discursos, conquistando legitimidade ou hegemonia. O que pode dar visibilidade a um discurso é a sua condição de circular por toda a malha. Esta condição possibilitará que ele se articule a muitos outros discursos e interlocutores.

Contudo, embora os discursos possam influenciar-se mutuamente, acionando uma enorme rede intertextual entre seus interlocutores, isso não significa que disponham de igualdade de condições de circulação (Araújo, 2004). No mercado simbólico, os discursos e suas respectivas posições são constantemente negociados. Por sua vez, o lugar de interlocução é definido pelos quatro contextos considerados fundamentais para a prática comunicativa: o textual, o intertextual, o existencial e o situacional. Cada um desses contextos definirá o lugar de fala do interlocutor, presumindo-se que os limites dos lugares de fala sejam porosos e se movimentem a todo momento, por serem passíveis de negociação (Araújo e Cardoso, 2007).

12

Conceber a comunicação como espaço relacional onde se articulam inúmeros interesses, saberes e práticas pronunciadas por várias vozes abre a possibilidade para a construção de práticas comunicativas que discutam os determinantes sociais, políticos e culturais que engendram os processos de saúde-doença. Essa perspectiva de uma comunicação em rede amplia a compreensão da complexidade das relações humanas e desconstrói a visão desenvolvimentista historicamente adotada nas práticas de educação ou comunicação em saúde. Conforme sublinham Araújo e Cardoso: “a associação da comunicação com desenvolvimento e superação da pobreza encontrou solo fértil não só na saúde, mas em todas as áreas relacionadas à intervenção social” (Araújo e Cardoso, 2007, p.49).

O modelo desenvolvimentista utiliza-se da matriz transferencial da comunicação com a presença de um emissor que tem a prerrogativa de educar uma população receptora desprovida de conhecimentos que precisa ser ensinada para adquirir bons hábitos de higiene e saúde (Araújo e Cardoso, 2007). Tal enfoque da comunicação prioriza os saberes político, científico e sanitário na veiculação de

normas e prescrições de comportamentos para a população.

No âmbito do SUS, a comunicação se viabiliza com a participação popular de diferentes agentes sociais, sociedade civil, instituições governamentais, população usuária do SUS. A ampla participação da sociedade nas políticas de saúde, inclusive nas ações de comunicação, possibilita a efetividade destas, por isso é necessário considerar os contextos inerentes às condições existenciais de cada indivíduo ou grupo.

A participação popular nas decisões que visam ao aprimoramento do Sistema Único de Saúde (SUS) devem englobar também a participação na construção de uma política de comunicação em consonância com os seus princípios. O que significa dizer que o debate público em torno do direito à comunicação não pode estar dissociado do direito à saúde. A universalização do direito à comunicação, reconhecida como um direito de todos, instrumentaliza a população a reivindicar

13

No contexto sociopolítico da dengue, o exercício do direito à comunicação, guiado pelos princípios dos SUS, resultaria no fortalecimento da descentralização do poder e da legitimidade da fala pelos diferentes agentes sociais. Tal perspectiva pode contribuir para uma comunicação mais equânime, ao reconhecer que há desigualdades no acesso às condições de produção, circulação e apropriação dos bens simbólicos na saúde. Isso permitiria, sobretudo, que fossem repensadas as estratégias de enfrentamento da dengue em nível local, ou seja, que elas fossem produzidas de acordo com as necessidades e demandas das comunidades. Tal abordagem possibilitaria a participação efetiva da população daquele lugar.

O modelo do mercado simbólico será de grande contribuição para desvendar o processo do *ethos* público da dengue quando mediado pelos materiais educativos, que podem denunciar não somente quais “interferências” existem entre a teoria e a prática, mas ensinar em qual o modelo de sociedade vivemos e construímos concomitantemente. Isto porque sua abordagem traz à superfície os conflitos e as desigualdades “negadas” pelas forças hegemônicas que detêm o controle da produção discursiva na saúde.

## Recepção de materiais educativos no campo da saúde

A análise da recepção dos materiais educativos busca o entendimento de como a população se apropria dos discursos da dengue e lhes atribui sentidos. A comunicação é compreendida, portanto, como um processo dinâmico de produção-circulação-consumo em seus diferentes contextos sociais. As reflexões teórico-metodológicas existentes no campo dos estudos de recepção têm sido fundamentais para se avançar no reconhecimento de um receptor que, ao contrário do que se concebia, participa ativamente de todo o circuito comunicativo (Sousa, 1995; Martín-Barbero, 1995). Segundo Sousa (1995), o uso do termo *receptor* denuncia a premente influência dos estudos de recepção desenvolvidos na escola norte-americana no início do século XX, que pressupunha a relação de dominação do emissor sobre o receptor como uma relação de passividade e linearidade, onde não havia por parte do receptor a capacidade de questionar ou formular. Concebia-se a recepção como uma etapa do processo comunicativo e o receptor como um

14

recipiente vazio que estaria disponível para absorver toda e qualquer informação que recebesse de forma passiva, suscetível à manipulação. Essa concepção constrói a imagem de um receptor passivo, indefeso, subjugado na relação de poder que se estabelece entre os polos emissor e receptor (Martín-Barbero, 1995).

Os estudos em comunicação desenvolvidos na América Latina, principalmente a partir dos anos de 1980, apontam para uma nova forma de conceber a recepção, propondo colocar no centro da investigação o receptor como sujeito produtor dos sentidos sociais, que não pode ser estudado dissociado da cultura à qual pertence (Martín-Barbero, Sousa, 1995). Nessa perspectiva, os estudos de recepção se constituiriam, não somente da análise da relação linear entre emissor e receptor, mas de como a produção de sentidos é mediada pelos elementos constitutivos de uma cultura, como as instituições e as organizações sociais. As mediações permeiam todo o processo comunicativo por estruturarem a percepção da realidade, por se caracterizarem o lugar de onde o sentido é produzido (Martín-Barbero, 2003 *apud* Kelly-Santos, 2009). Entende-se a recepção como um lugar de negociação e de construção da prática discursiva. O conceito de *mediações* proposto por Martín-Barbero (1987) se encontra no centro da investigação da recepção dos materiais educativos da dengue, pois o processo de apropriação se dá

por meio de embates e tensões produzidas **pelo e através dos** meios por onde os discursos se articulam.

No campo da saúde, os estudos de recepção começam a ganhar visibilidade pela crescente necessidade de entender como os agentes sociais se apropriam das e atribuem sentido às informações que circulam mediadas pelos materiais educativos. Autores como Kelly-Santos e Rozemberg (2006), Kelly-Santos *et al.* (2009**ab**) e Araújo (2000; 2006) vêm se dedicando a compreender como os sentidos sociais são produzidos na relação entre profissionais de saúde e população, no campo de estudos da saúde do trabalhador e das estratégias de intervenção social. Os resultados dessas pesquisas demonstram que o uso contextualizado dos materiais educativos possibilita o fortalecimento da interação entre profissionais de saúde e usuários do SUS. Igualmente, operam como mediadores das práticas de saúde, quer individuais, quer coletivas.

Os materiais educativos desempenham importante função na produção dos

15

Os materiais educativos desempenham importante função na produção dos sentidos sociais. A forma como esses textos são escritos revela uma visão de mundo de quem os produz, oferecendo ao leitor a sua interpretação da realidade. Estabelece-se uma relação de poder na disputa por legitimidade e adesão aos discursos ofertados nos materiais educativos (Araújo, 2006). A hegemonia de um discurso no campo da saúde pode ser alcançada não apenas pelo enunciado de um texto, mas, sobretudo, pela forma como esse texto se organiza, nas marcas discursivas que investem de poder determinados saberes e demarcam as relações entre os sujeitos no processo comunicativo (Pinto, 1999).

Desse ponto de vista, não há, no processo comunicativo, separação entre produção e recepção, o que permite entender a comunicação como um processo de interação entre os sujeitos. Portanto, considera-se que, para a análise da recepção de materiais educativos aqui proposta, é necessário compreender as condições de produção dos discursos sobre a dengue. Para isso, será empregado referencial teórico-metodológico da Semiologia dos Discursos Sociais – SDS, que busca na análise dos textos evidenciar as operações que distinguem as entidades discursivas e suas posições, isto é, a análise dos dispositivos de enunciação, compreendida como:

As figuras discursivas (ou lugares enunciativos) construídas no discurso podem ser de três tipos: *sujeito da enunciação* (enunciador); *sujeito falado* (destinatário); *referente* (podem ser outros sujeitos, distintos do enunciador e do destinatário – chamados, neste caso, de sujeitos do enunciado – ou simplesmente objetos que constituem o universo de referência do discurso) (Kelly-Santos, 2009, p.11).

Esta ferramenta, quando aplicada ao contexto dos processos comunicativos sobre dengue, especificamente aos materiais educativos, contribui para melhor entendimento do modo como os textos ofertados expressam uma maneira de ver, interpretar e construir determinadas práticas sociais, em detrimento de outras (Araújo, 2006). Assim, a análise da produção e da recepção de materiais educativos, se revela como rica oportunidade para a compreensão de como se dá o processo de apropriação e negociação entre os saberes hegemônicos que norteiam

16

as práticas preventivas da saúde e os da população.

## **4.2 Saúde**

### **O modelo da Vigilância da Saúde**

No propósito desta pesquisa, é imprescindível o modelo de vigilância, pois conhecer os seus pressupostos teóricos permite compreender sobre qual lógica assistencial está fundamentado o programa de combate à dengue no município do Rio de Janeiro. Este conhecimento contribui para a construção de uma metodologia consistente, que possibilitará à pesquisadora percorrer todo o circuito comunicativo dos discursos da dengue, que vão ganhando diferentes formas ao entrarem em contato com os agentes sociais deste circuito.

No campo das políticas de saúde pública, existem diversos modelos assistenciais que se organizam através do Sistema Único de Saúde, buscando orientar as ações de atenção à saúde. O modelo assistencial, nas palavras de Paim, pode ser definido como:

(...) combinações tecnológicas estruturadas em função de problemas de saúde (danos e riscos) que compõem o perfil epidemiológico de

uma dada população e que expressam necessidades sociais de saúde historicamente definidas (Paim, 2003, p. 568).

Historicamente, no campo das políticas públicas de saúde, é possível identificar a existência de modelos de atenção que, não sendo, excludentes coexistem e compõem o sistema de saúde brasileiro. Destacam-se aqui dois principais modelos de atenção hegemônicos na saúde pública – o médico-assistencial privatista e o assistencial sanitarista. O primeiro tem sua racionalidade fundamentada no saber biomédico, focado no tratamento da doença. A intervenção ambulatorial e hospitalocêntrica está centrada na oferta de procedimentos e das tecnologias médicas preferencialmente com ênfase na assistência individual e curativa.

O modelo sanitarista representa a lógica organizativa ainda

17

predominante na saúde pública; suas ações têm por objetivo atender às demandas de saúde da população, caracterizando-se pelas ações pontuais de saúde com o forte uso de campanhas de viés intervencionista, como as de vacinação e as de combate às epidemias, como a dengue, e na institucionalização de programas como os de AIDS, hanseníase, saúde da mulher, saúde do idoso e tuberculose, que são ofertados à população através das unidades de saúde (Paim, 2003; Oliveira e Casanova, 2007).

O modelo assistencial-sanitarista tem como base o processo de reorganização da atenção à saúde no Brasil. Ou seja, é parte do movimento da reforma sanitária, que conduziu o debate sobre o direito à saúde e acabou redefinindo a própria concepção de saúde (Baptista, 2007). Um marco desse momento político para a saúde pública foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e que traz propostas para uma reforma das políticas de saúde ao reconhecer a saúde como um direito de todo cidadão, devendo ser garantida pelo Estado. O relatório da Conferência amplia o conceito de saúde ao concebê-la como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, renda, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra a serviços de saúde. Além disso, introduz uma perspectiva de intersetorialidade e integralidade ao delegar ao Estado a responsabilidade por “condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e

recuperação de saúde em todos os seus níveis -(...)-" (Baptista, 2007, p. 49).

Diante da necessidade de se prestarem serviços de atenção à saúde que atendam às demandas da população brasileira e que insiram um novo paradigma para a saúde, entendendo-a como uma dimensão da qualidade de vida (Paim, 2001), é que vem se configurando os debates em torno dos modelos assistenciais. O modelo de atenção – ou modelo assistencial – de Vigilância da Saúde propõe uma reorganização dos serviços de saúde em suas práticas sanitárias e de atenção básica, buscando uma atenção integral à saúde da população que seja mais humanizada e resolutiva. A Vigilância da Saúde amplia o conceito de saúde, não só por considerar os determinantes sociais nos processos de saúde-doença, mas

18

também por propor uma articulação de estratégias no enfrentamento aos problemas de saúde individuais e/ou coletivos.

É importante ressaltar concisamente que existem algumas discussões em torno desse modelo, gerando suas distintas vertentes, concebendo-a como análise das situações de saúde ou como proposta de integração institucional entre a vigilância epidemiológica e sanitária (Teixeira *et al.*, 1998). A Vigilância da Saúde é um modelo em construção que tem suscitado muitas discussões no intuito de definir quais as competências de atuação desse modelo em face à complexidade e às especificidades dos processo de saúde-doença no âmbito do SUS, sejam no plano assistencial, sejam no técnico-administrativo.

Como marco teórico para esta pesquisa, buscar-se-á trabalhar com o conceito mais ampliado de Vigilância da Saúde, que propõe a redefinição do objeto atuando simultaneamente no controle de causas, riscos e danos, além de admitir dentro do seu campo de atuação outros atores sociais e diferentes meios que possam tornar o processo de trabalho mais completo e organizado para atender as demandas da população, a saber:

A Vigilância da Saúde, todavia, propõe a incorporação de novos sujeitos, extrapolando o conjunto de profissionais e trabalhadores de saúde ao envolver a população organizada, o que corresponde à ampliação do objeto, que abarca, além das determinações clínico-epidemiológicas no âmbito individual e coletivo, as determinações sociais que afetam os distintos grupos populacionais em função de suas condições de vida. Nessa perspectiva, a intervenção também extrapola o uso dos conhecimentos e tecnologias médico-sanitárias e

inclui tecnologias de comunicação social que estimulam a mobilização, organização e atuação dos diversos grupos na promoção e na defesa das condições de vida e saúde (Teixeira, Paim e Vilasbôas, 1998, p. 18).

Nessa perspectiva, a Vigilância da Saúde se encaminha para a redefinição do seu eixo de atuação ao não se limitar às práticas da saúde pública, tampouco às da assistência individual curativa, pois incorpora ao seu campo de atuação outros saberes e racionalidades, como os da nova geografia, do planejamento urbano, da epidemiologia, da administração estratégica e das ciências sociais em saúde, orientando-se pelo princípio da descentralização, que visa efetivamente à

19

reorganização das práticas e dos serviços de saúde no nível local.

Em síntese, é possível apreender que a Vigilância da Saúde traz em sua formulação uma proposta de viabilizar a integralidade nas ações para a prevenção e tratamento de doenças, quando propõe transcender os espaços institucionalizados das unidades de saúde ao se articular aos órgãos governamentais e não governamentais numa lógica de enfrentamento do complexo processo de produção social da saúde. Para Teixeira *et al.* (1998), a Vigilância da Saúde pode ser resumida com sete principais características básicas: a) intervenção sobre problemas de saúde, (danos, riscos e/ou determinantes); b) ênfase em problemas que requerem atenção e acompanhamentos contínuos; c) operacionalização do conceito de risco; d) articulação entre ações promocionais, preventivas e curativas; e) atuação intersetorial; f) ações sobre o território; e g) intervenção sob a forma de operações.

O território é o principal pilar da Vigilância da Saúde para o desencadeamento das ações planejadas do sistema municipal de saúde (Oliveira e Casanova, 2007; Teixeira *et al.*, 1998). Nesse contexto, entende-se território não apenas como espaço delimitado geograficamente, mas como um espaço de organização social e política dos sujeitos sociais que interagem e lutam por melhores condições de trabalho, educação, habitação e acesso aos serviços de saúde.

O território do distrito sanitário ou do município é o espaço onde se verifica a interação população-serviços no nível local, além de representar um ponto de partida para a promoção de uma assistência integral, que poderá planejar sua atuação a partir da identificação das principais demandas de saúde (Monken e Barcellos,

2005). Para que os níveis de saúde de uma população sejam conhecidos, é necessário haver informações, dados que revelem as condições de saúde daquele território, a fim de que as equipes de saúde possam atuar de maneira mais eficaz, consoante as especificidades locais. Segundo Sabroza (2009) sob o ponto de vista da Vigilância da Saúde, a dificuldade do controle da dengue em nível municipal se dá justamente pela insuficiência ou inexistência de dados que informem ao gestor e à população a situação local, do bairro, rua ou vizinhança sobre a ocorrência de dengue, focos criadores e abastecimento de água.

20

## 5. Metodologia

### Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa, por se propor a desvendar os discursos da dengue produzidos a partir da análise da recepção de materiais educativos que informam sobre a doença. Este tipo de abordagem “preocupa-se com a compreensão interpretativa da realidade” (Minayo *et al.*, 2005, p. 81), o que significa que, ao se propor investigar a apropriação e ressignificação dos discursos da dengue pela população, exigirá da pesquisadora uma apurada sensibilidade para a captação dos elementos que constituem o cenário da produção discursiva na realidade do grupo participante da pesquisa.

Todo estudo de recepção parte da análise de sua produção (Araújo, 2000), por isso uma das etapas do estudo aqui proposto será a análise das condições de produção dos materiais educativos, por meio da identificação dos discursos neles expressos. Concebe-se a recepção como um espaço de apropriação e ressignificação dos discursos da dengue, o que na verdade converte cada um dos “receptores” em interlocutores coprodutores dos sentidos sociais. Nas palavras de Ondina Fachel Leal:

(...) a recepção, o lugar privilegiado de negociação e de estruturação do próprio significado. Quer dizer, não é a mensagem em si, não é ela que vai encerrar todo o símbolo, pois o símbolo só existe enquanto tal, ou em sua totalidade, como um processo interativo, em seu momento de decodificação, isto é *comunicando* (Leal, 1995, p. 114).

Dessa forma, na presente pesquisa se empregará a conjugação de diferentes técnicas de coleta e análise de dados, entre elas, o levantamento bibliográfico sobre o tema investigado, a observação participante, a entrevista e o grupo de discussão, detalhadas a seguir.

Para a delimitação do objeto deste estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico preliminar na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS),

21

associando os descritores “dengue”, “comunicação”, “participação” e “educação”. Nessa revisão, foram identificados 384 trabalhos, entre artigos científicos, dissertações e teses de doutorado. A etapa seguinte foi a leitura dos resumos para a seleção dos artigos que explicitam uma relação direta com a temática investigada.

### Observação participante

O uso desta técnica permite ao pesquisador se inserir na realidade local, conhecendo as práticas cotidianas dos moradores. Segundo Minayo, em uma investigação de natureza qualitativa é preciso se pôr a observar os costumes, as tradições e como os grupos se relacionam em suas vidas domésticas para que se alcance uma “compreensão da totalidade de sua vida, verbalizados por eles próprios, através de suas categorias de pensamento” (2004, p.138). Portanto, entende-se que a observação participante permeará todo o trabalho de campo, orientando as diferentes etapas da pesquisa. A observação participante exige que o pesquisador faça a imersão na realidade, porém munido de seu aporte teórico, para conquistar a confiança do grupo pesquisado e ter condições de apreender as sutilezas sociais perceptíveis apenas quando se mergulha no universo empírico de cada grupo social. (Minayo, 2004).

A partir do exposto, pretende-se aplicar esta técnica na observação dos hábitos e práticas da população do sub-bairro Mendanha, no que diz respeito à adesão às práticas de prevenção da dengue em seus próprios cotidianos. A inserção na casa dos moradores poderá ser feita no momento em que o auxiliar de controle de vetores estiver realizando o trabalho de identificação dos focos e de educação junto à população. Enquanto o profissional de saúde realiza o seu trabalho de educação e prevenção, será observado como os moradores recebem o profissional

de saúde, como se dá a relação entre esses agentes, que tipo de orientação é oferecida pelo profissional de saúde, como se dá o processo de recepção das mensagens apresentadas. Cabe ressaltar que para a construção do roteiro de observação, será realizada uma etapa exploratória de campo.

22

### Entrevistas semi-estruturadas

Esta técnica se caracteriza pela conjugação de perguntas prontas, com espaço, no entanto, para outras que forem ocorrendo ao pesquisador durante a entrevista. A utilização da entrevista semi-estruturada ganha relevância por permitir ao entrevistado a liberdade de discorrer sobre o tema sem se restringir às perguntas previamente elaboradas (Minayo *et al*, 2005). A entrevista semi-estruturada será aplicada com a finalidade de identificar que percepções os moradores têm das formas de transmissão e prevenção da dengue. Essas informações servirão como mais um subsídio à pesquisadora no momento de construir o roteiro de discussões para o grupo focal. A entrevista será aplicada aos moradores e aos profissionais de saúde que realizam o trabalho com essa mesma população de educação em saúde. Os roteiros das entrevistas serão elaborados com o objetivo de identificar quais conhecimentos os moradores têm das formas de transmissão e prevenção da dengue e quais outros foram agregados após a visita dos agentes de saúde. Já as perguntas destinadas às equipes de saúde que fazem o trabalho de educação buscarão identificar como a população adere ou não ao trabalho de prevenção/educação; quais os principais hábitos domiciliares encontrados pelos agentes que são comportamentos propiciadores da reprodução do vetor da dengue; e, por fim, quais os principais fatores identificados como contributivos à existência de focos nas residências e arredores.

### Grupo focal

O grupo focal será utilizado para a análise de materiais educativos sobre dengue pela população. A aplicação desta técnica permitirá que a pesquisadora confronte e compare os diferentes pontos de vista expressos pelos participantes acerca do tema em debate.

Historicamente, o grupo focal é utilizado para fins de pesquisas mercadológicas e de opinião pública, e acaba propiciando a construção de um consenso entre os participantes (Leal, 1995). No campo da saúde coletiva, o emprego desta técnica tem proporcionado amplo debate sobre o processo saúde-doença, além de favorecer a troca de experiências entre os agentes sociais em

23

relação ao tema focalizado. A aplicação desta técnica no âmbito de pesquisas que investigam a recepção de materiais educativos tem favorecido que os conteúdos dos materiais sejam confrontados com a experiência cotidiana, além de possibilitar a compreensão das representações e atitudes que diferentes grupos sociais apresentam sobre determinados agravos (Kelly-Santos, 2009).

No escopo do presente estudo, o uso desta técnica contribuirá para analisar como a população se apropria dos discursos de prevenção da dengue difundidos pelas instituições de saúde. Além disso, possibilitará a identificação da pluralidade das vozes e o lugar dos agentes sociais no processo comunicativo. Do mesmo modo, permitirá o confronto entre os temas abordados nos materiais e a experiência da população sobre a dengue do sub-bairro de Mendanha e, por conseguinte, a compreensão dos significados e práticas construídos socialmente sobre esse agravo.

### **Local da pesquisa**

A pesquisa será realizada com os moradores do bairro de Campo Grande, localizado na Zona Oeste do município do Rio de Janeiro. Este bairro pertence à Área de Planejamento 5.2 (AP 5.2), onde se situam ainda os bairros de Inhoaíba, Santíssimo, Cosmos e Senador Augusto Vasconcelos. A escolha dessa localidade se deve aos altos índices de incidência de dengue registrados no ano de 2008, tendo-se registrado neste bairro o maior índice da doença, com um total de 5.934 casos.

Outro critério de escolha utilizado diz respeito ao Índice de Desenvolvimento Social (IDS), que compreende a Região Administrativa de Campo Grande (XVIII RA). Segundo dados do Instituto Pereira Passos (2000), esta região possui o 7º pior IDS da cidade. Esses resultados foram obtidos com o cruzamento de dados do Censo

2000 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), levando-se em consideração os seguintes indicadores sociais: porcentagem de domicílios permanentes com rede de esgoto adequada, porcentagem de domicílios permanentes com coleta de lixo adequada, número médio de pessoas por banheiro,

24

porcentagem dos chefes de domicílio com menos de quatro anos de estudo, porcentagem de analfabetismo em maiores de 15 anos, porcentagem dos chefes de domicílio com renda de até dois salários mínimos e rendimento médio dos chefes de domicílio em salários mínimos. A utilização do IDS é oportuna por mensurar dados que podem ser diretamente relacionados às condicionantes de proliferação do vetor da dengue. Ou seja, quando não há uma porcentagem de domicílios com rede de água adequada, os habitantes são obrigados a armazenar água em tonéis e outros depósitos, o que eleva o índice de infestação predial (IIP), cuja função é informar estatisticamente o quantitativo de infestação por larvas do *Aedes aegypti*.

Devido à extensão territorial do bairro de Campo Grande, faz-se necessário delimitar a área onde a pesquisa será realizada. Dessa forma, o presente projeto será desenvolvido no sub-bairro Mendanha, situado na entrada do bairro de Campo Grande, próximo à Avenida Brasil, principal via de acesso ao município do Rio de Janeiro. Uma das razões para a escolha é o fato de a pesquisadora residir nesta localidade, o que facilitará observações diretas e frequentes das situações de vida dos moradores dessa comunidade. Outro motivo se deve às precárias condições de saneamento, de infra-estrutura e sociais existentes. Entre elas, podem-se citar as seguintes: o trecho da Estrada do Mendanha, que corta o bairro, não é duplicado, e não há calçadas para pedestres; a coleta de lixo é feita três vezes na semana; as casas de alvenaria possuem água e esgoto encanado, porém é comum faltar água no verão; e presença de esgoto a céu aberto.

O local possui um Posto de Saúde, de atenção primária, que atende 10.951 usuários dos bairros Mendanha, Serrinha e comunidade Nossa Senhora das Graças. Oferece atendimento nas seguintes especialidades: clínica médica, ginecologia, obstetrícia, dermatologia, odontologia, pediatria, enfermagem, psicologia; e ainda os programas Bolsa Família, Imunização, Planejamento Familiar, DST/AIDS, Diabetes, Remédio em Casa, Atenção à Criança, Atenção à Mulher, Atenção ao Adolescente, Atenção ao Idoso, Hanseníase, Hipertensão Arterial, Saúde Bucal, Pé Diabético e

### **Sujeitos da pesquisa**

Pretende-se selecionar os moradores para a pesquisa percorrendo os principais núcleos aglutinadores da população do bairro. Esses locais são o Posto de Saúde, as igrejas evangélicas e católica, escolas do ensino médio, donas de casa e comerciantes locais. A intenção é constituir um grupo composto por pessoas que vivenciem o cotidiano do bairro, mas que, por sua heterogeneidade, forneça à pesquisadora a pluralidade de interpretações acerca dos sentidos sociais sobre a dengue, além dos diferentes lugares que cada um deles ocupa dentro da sua rede de relacionamentos.

O primeiro contato para selecionar os voluntários à pesquisa será feito com as lideranças comunitárias ou representantes dos estabelecimentos de ensino e comerciais. Esta fase compreenderá visitas realizadas ao posto de saúde, igrejas, escolas, comércio e algumas casas, estas serão indicadas pelas lideranças locais. Posteriormente, entende-se que será importante a inserção da pesquisadora nesses locais como forma de mapear a rede de relacionamentos e identificar os sujeitos que participarão do estudo. Outra estratégia será a observação direta de eventos e situações de mobilização social relacionados à prevenção da dengue, onde serão identificadas as pessoas que atuam como mediadores ou multiplicadores dessa ação. Mapeados os possíveis sujeitos do estudo, a pesquisadora apresentará aos grupos visitados a proposta e relevância da pesquisa, a fim de conquistar a sua adesão.

### **Técnicas de pesquisa**

A primeira fase da pesquisa consistirá no levantamento bibliográfico, para o aprofundamento da revisão preliminar realizada no escopo deste projeto, citada acima. Nesta etapa, serão levantados, nas bases de dados científicas, os estudos que discutem sobre as ações de prevenção sobre dengue; de modo específico, se buscará identificar as correlações entre os descritores educação, comunicação,

mobilização social, avaliação e recepção de materiais educativos com foco neste agravo. Do mesmo modo, serão levantadas junto aos órgãos governamentais as políticas e ações programáticas que orientam as estratégias de controle à dengue no país.

A segunda etapa consiste na coleta de materiais educativos em circulação no município do Rio de Janeiro. Esta etapa será realizada por meio de visitas às Secretarias de Saúde do município e do estado do Rio de Janeiro, e às unidades de saúde do bairro de Campo Grande. Também será enviada uma carta, via correio eletrônico, ao Programa Nacional de Controle de Dengue do Ministério da Saúde, solicitando os materiais produzidos por essa instituição.

No decorrer da coleta de materiais, especificamente durante as visitas às Secretarias de Saúde, serão realizadas as entrevistas com um representante do PCD de cada uma dessas Secretarias. A aplicação da entrevista visa à identificação das instituições governamentais e não-governamentais que atuam na produção-distribuição de materiais educativos sobre esse agravo, além do mapeamento dos materiais em circulação no município do Rio de Janeiro. Do mesmo modo, será levantada a história da produção desses recursos por essas Secretarias, bem como suas estratégias de distribuição e contextos de uso. Também serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com os moradores para o levantamento das percepções e práticas de prevenção da dengue.

A quarta etapa consiste na análise de materiais. A partir da amostra coletada se procederá à análise do conjunto de materiais, utilizando como ferramenta o referencial teórico-metodológico da Semiologia dos Discursos Sociais (Pinto, 1999). A análise de materiais contribuirá para a compreensão das condições de produção dos discursos da dengue, pois só se conseguirá fazer uma análise consistente da recepção se com igual importância forem tratadas e analisadas as condições de produção. Afinal, as “etapas” do processo comunicativo não se dissociam senão para fins didáticos. Além disso, essa fase fornecerá elementos para a construção do roteiro da etapa da recepção.

Como etapa transversal ao estudo, será realizada a observação participante de diferentes situações de prevenção à dengue em que a população esteja

envolvida. A pesquisadora percorrerá igrejas, escolas, posto de saúde, comércio, por onde haja materiais educativos disponíveis para a população e observará como esses materiais são introduzidos nas residências pelo trabalho dos Auxiliares de Controle de Endemias, Agentes Comunitários de Saúde ou Educadores em Saúde que visitam o bairro. Também serão observadas as ações promovidas antes, durante e depois das Campanhas do Dia D contra a Dengue.

Em seguida a essa etapa, será realizada a recepção de materiais educativos pela população residente no bairro do Mendanha, que participará desta investigação. Para análise de materiais educativos, será promovido um grupo de discussão, denominado grupo focal, com os moradores da comunidade investigada, quando se observará e identificará de que forma os discursos da dengue são consumidos e ressignificados pela população. A técnica do grupo focal é geralmente realizada com grupos homogêneos, pequenos, com no máximo 12 participantes, e seu objetivo é obter uma resposta do grupo ao tema proposto para a discussão (Minayo *et al.*, 2005). O desenvolvimento do grupo se dará a partir da elaboração de um roteiro de perguntas, introduzido pela figura do mediador, que orientará o debate entre os participantes.

Espera-se, ao término da pesquisa, oferecer ao campo da saúde coletiva e aos programas de controle de dengue ferramentas que aprimorem os processos comunicativos sobre essa doença, bem como a otimização do uso de materiais educativos nas estratégias de prevenção nos diversos contextos sociais.

## Cronograma de Trabalho

Atividades	2011												2012												2013		
	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul	Ago	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Mar	
Levantamento Bibliográfico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■																	
Projeto de Qualificação		■																									
Observação Participante				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■									
Entrevistas e Análise Preliminar							■	■	■	■																	
Transcrição entrevistas							■	■	■	■																	
Grupo Focal			■	■																							
Transcrição entrevistas do Grupo Focal			■	■																							
Análise dos Dados					■	■	■	■																			
Redação da Dissertação									■	■	■																
Defesa de Dissertação																										■	

1. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e saúde: os princípios do SUS como ponto de vista. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO. 2008; p. 61-76.
2. Araújo IS. Materiais Educativos e Produção dos Sentidos na Intervenção Social in: Monteiro S, Vargas. Organizadores. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.2006; p.49-69.
3. Araújo IS. Mercado Simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas [periódico da internet]. Interface (Botucatu). 2004;8(14): 165-178. [ acesso em 16 de jun de 2009].Disponível em: <http://www.interface.org.br>.
4. Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.
5. Agência Fiocruz de Notícias-Saúde e ciência para todos [homepage na internet]. 100 anos depois [acesso em 17 de set 2009]. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>.
6. Baptista TWF. História das Políticas de Saúde no Brasil: a trajetória do direito à saúde.In: Matta GC, Pontes ALM, organizadores. Políticas de saúde: organização e operacionalização do sistema único de saúde.Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ. 2007; p.29-59.
7. Brassolati RC, Andrade CFC. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. Ciência & Saúde Coletiva.2002; 7(2): 243-251.
8. Bourdieu P. O Poder Simbólico. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 1989.
9. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciência & Saúde Coletiva. 2000; 5: 163-177.
10. Chiaravalloti VB, Morais MS, Chiaravalloti Neto F, Conversani DT, Fiorin AM, Barbosa AAC, et al. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2002; 18 (5): 1321-1329.

11. Claro LBL. Prevenção e controle de dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (6): 1447-1457.
12. Ferreira BJ, Souza MFM, Soares Filho AM, Carvalho AA. Evolução histórica dos programas de prevenção da dengue no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2009; 14 (3): 961-972.
13. Gonçalves Neto VS, Monteiro SG, Gonçalves AG, Rebêlo JMM. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luis, Maranhão, Brasil, 2004. *Cad. Saúde Pública*. 2006; 22(10): 2191-2200.
14. Instituto Pereira Passos (Rio de Janeiro). [home Page na internet]. Índice de Desenvolvimento Social e seus indicadores constituintes por Região Administrativa-Município do Rio de Janeiro. [acesso em 15 de Nov de 2009]. Disponível no site: <http://www.armazemdedados.rio.rj.gov.br>.
15. Kelly-Santos A. A palavra & as coisas: produção e recepção de materiais educativos sobre hanseníase. Rio de Janeiro. [Tese] - Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ; 2009.
16. Lacerda A. Apoio Social e a Concepção do Sujeito na sua Integração entre Corpo-Mente: Uma articulação de conceitos no campo da saúde pública. Rio de Janeiro. [Dissertação] - Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ; 2002.
17. Leal OF. Etnografia da audiência: uma discussão metodológica. In: Sousa MW. Organizador. *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1995; p.113-121.
18. Lenzi MF, Coura LC. Prevenção da dengue: a informação em foco. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*. Rio de Janeiro. 2004; 37(4): 343-350.
19. Martin-Barbero J. América Latina e os anos recentes: o estudo da recepção em comunicação social. In: Sousa MW. Organizador. *Sujeito, o lado oculto do receptor*. São Paulo: Brasiliense, 1995; p.39-67.
20. \_\_\_\_\_. *Dos meios às mediações: comunicação, cultura e hegemonia*. Rio de Janeiro: 2.<sup>a</sup> ed. Editora UFRJ; 2003.

21. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo Editora HUCITEC; 2004.
22. Minayo MCS, Souza ER, Constantino, Santos NC. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In:Minayo MCS, Assis SG, Souza ER, organizadoras. Avaliação por triangulação de métodos: Abordagem de Programas Sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2005; p.71-103.
23. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Vigilância em Saúde. Diretrizes nacionais para prevenção e controle de epidemias de dengue, Brasília:DF;2009.
24. Ministério da Saúde (Brasil). Dengue instruções para pessoal de combate ao vetor: manual de normas técnicas. 3.<sup>a</sup> ed. Brasília:DF ;2001.
25. Monken M, Barcellos C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e mitológicas. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.2005; 21 (3):898-906.
26. Oliveira RM, Valla VV. As condições e as experiências de vida de grupos populares no Rio de Janeiro: repensando a mobilização popular no controle do dengue. Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro.2001; 17 (supl): 77-88.
27. Oliveira CM, Casanova AO. Vigilância da saúde no espaço de práticas da atenção básica. Revista de Ciência & saúde coletiva.2009; 14 (3):929-936.
28. Paim JS. Modelos de atenção e vigilância da saúde. In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Organizadores. Epidemiologia & Saúde. Rio de Janeiro: 2003. P.567-586.
29. Pinto JP. Comunicação e Discurso: introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker Editores; 2002.
30. Rangel ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle-propostas inovadoras [periódico na internet]. Interface. 2008;12(25): 433-441. [acesso em 19 de set de 2009]. Disponível em: <http://www.interface.org.br>.
31. Sabroza PC. A promoção da saúde no controle da dengue. In: Palestra Vigilância da Saúde no controle da dengue.ENSP.2009. Rio de Janeiro. [acesso em 16 de nov. de 2009].Disponível em: [http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/aud\\_701056918.wma](http://www4.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/aud_701056918.wma).

32. Secretaria de Saúde e Defesa Civil (Rio de Janeiro).[homepage na internet]. Relatório de Casos de Dengue 2008 [ acesso em 20 de set de 2009]. Disponível em: [http:// www.saude.rj.gov.br](http://www.saude.rj.gov.br).
33. Secretária Estadual de Saúde (São Paulo). CVE. [homepage na internet]. Informe Técnico DENGUE. [acesso 25 de set de 2009]. Disponível em: [http:// www.cve.saude.sp.gov.br](http://www.cve.saude.sp.gov.br).
34. Souza MW. Recepção e comunicação: a busca do sujeito. Organizador. Sujeito, o lado oculto do receptor. São Paulo: Brasiliense, 1995; p.13-37.
35. Stotz E. Epidemia de dengue e responsabilidade das autoridades sanitárias: é possível fundar um *ethos* público na saúde? In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Cuidar do Cuidado: responsabilidade com a integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ-ABRASCO. 2008; p. 23-39.
36. Tauil PL. Controle de Agravos à Saúde: consistência entre objetivos e medidas preventivas. IESUS. 2008;VII (2). P. 56-59.
37. Teixeira CF, Paim JS, Vilasbôas AL. SUS, Modelos Assistenciais e Vigilância da Saúde. IESUS. Bahia. 1998; VII (2) Abr/jun. P.7-28.
38. Tribunal de Contas do Município do Rio de Janeiro.[homepage da internet].Inspeção Ordinária-SMS-2007. [Acesso em 15 de Nov de 2009]. Disponível em: <http://www.tcm.rj.gov.br>.
39. Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. Cad Saúde Pública. 1999; 15: p.7-14.