

Ministério da Saúde
FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Monografia

**Dengue, revistas em quadrinhos e crianças:
um diálogo possível?**

por

Verônica Alexandrino Santos Azevedo

Orientador (a): Adriana Kelly Santos, doutora

Rio de Janeiro
Dezembro de 2009



CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E SAÚDE

Monografia

Dengue, revistas em quadrinhos e crianças:

um diálogo possível?

Por

Verônica Alexandrino Santos Azevedo

Monografia apresentada 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): Adriana Kelly Santos, doutora

Rio de Janeiro

Dezembro de 2009

Sumário

I- Introdução.....	3
II- Desenvolvimento.....	6
2.1 Dengue: dimensões clínicas, históricas e epidemiológicas	6
2.2 Referencial teórico.....	8
2.2.1 Modelos de comunicação: modelam a saúde?.....	8
2.2.2 Saúde: descentralizar para organizar.....	13
III- Metodologia.....	16
IV- Resultados	17
V- Conclusão.....	23
Referências Bibliográficas.....	24
Anexos.....	27

I. Introdução

Desde 2003, desenvolvo atividades como educadora em saúde no serviço público do município do Rio de Janeiro. O cargo de educador em saúde não é oficial neste município, a maior parte desses servidores faz parte do quadro de auxiliar de controle de endemias (ACE). Os ACEs que atuam como educadores em saúde foram transferidos para essa função pelo fato de demonstrarem aptidões para ministrar palestras, treinamentos, mobilizações e teatro educativo.

Cabe esclarecer que o papel dos ACEs é realizar cotidianamente visita domiciliar, ou seja, vistoria, eliminação e tratamento dos possíveis criadouros do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor do vírus da dengue, além das orientações para prevenção à este agravo. Enquanto a função do educador em saúde é desenvolver atividades de promoção da saúde junto a creches, escolas públicas e privadas, empresas, igrejas, associações de moradores, serviços de saúde entre outros. No âmbito destas ações destacam-se as atividades destinadas à prevenção da dengue para o público infanto-juvenil, entre elas: gincanas, palestras, teatro educativo e oficinas de “contação de histórias infantis” adaptadas ao tema proposto. Em todas estas o material educativo entra para esclarecer e ampliar o conhecimento sobre prevenção a dengue.

No decorrer destes anos observei que tanto na prática do educador em saúde como do auxiliar de controle de endemias está presente uma comunicação prescritiva e verticalizada, muitas vezes reforçada pelo uso de materiais educativos, que desconsideram as diferenças socioeconômicas, políticas, culturais em que vivem a população. Nesta experiência também constatei a pouca ênfase, por parte dos atores envolvidos no gerenciamento e execução destas atividades, na avaliação da efetividade das ações realizadas. Inclusive sobre os alcances e limites do uso de recursos educativos, destinados ao público infanto-juvenil, educadores e população em geral, nos diversos contextos sociais.

Mediante o exposto, questionamos em que medida os materiais educativos sobre prevenção à Dengue destinados à crianças e adolescentes contribuem para mudanças nas práticas de promoção/prevenção deste agravo?

Com o propósito de aprofundar o questionamento acima, no presente estudo dedicamos a investigação do processo comunicativo sobre dengue mediado por materiais educativos. Para melhor compreender como esse tema é

abordado pelo campo científico foi realizado um levantamento bibliográfico, no período de outubro a novembro de 2009, nas bases de dados Scielo, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), Google Acadêmico, Lilacs, associando os descritores “dengue”, “saúde”, “educação”, “comunicação”, “material informativo”, “material educativo”, “prevenção”, “controle”, “educação em saúde”.

Nesta revisão preliminar foram identificados artigos e notas publicados em revistas científicas, dissertações e teses acadêmicas; documentos técnicos produzidos pelo Ministério da Saúde, datados entre os anos de 1997 e de 2009. Entre estes documentos citamos os estudos que se dedicam a avaliação do conhecimento da população sobre medidas preventivas no controle da dengue (Cavalcante, Porto, Taulil, 2007; Chiaravalloti Neto, 1997; Gonçalves Neto, Monteiro, Gonçalves, Rebêlo, 2006)). Estas pesquisas discutem que a população sabe o que fazer para prevenção à dengue, entretanto essas informações e conhecimentos não são convertidos em prática. Contatamos ainda os estudos de Brassolatti & Andrade (2002), Sales (2008), Rangel-S (2008), que investigam a avaliação da educação em saúde, comunicação e mobilização como instrumento para sensibilizar os indivíduos à mudança de comportamento. Os principais achados indicam que essas estratégias muitas vezes são verticalizadas, coercitivas, não permitem um diálogo com a população. Logo não alcançam o objetivo de suscitar no indivíduo o desejo de participar do controle da dengue. Em relação a avaliação de materiais educativos sobre dengue foi verificado apenas um artigo de opinião de Lenzi e Coura (2004) que analisa três folhetos sobre prevenção à dengue, produzidos pelo Ministério da Saúde, Ministério da Saúde em conjunto com a Secretaria Estadual e Prefeituras e Fundação Nacional da Saúde/FUNASA e Secretaria Estadual de Saúde para a epidemia de 2002. Este estudo revela que embora circule muita informação sobre prevenção à dengue muitas pessoas ainda não atribuem sentido e não convertem em prática. As possíveis causas: as ações promovidas pelo IEC ainda são verticalizadas, com caráter campanhista; muitas pessoas adultas que são semi analfabetas precisam de ilustrações dos criadouros, para melhor identificação; as ações precisam ser contínuas, senão cria no imaginário dos indivíduos que dengue só ocorre no verão; viu-se a necessidade de repensar a forma e conteúdo das mensagens, tais como a diferenciação sintomática entre Febre da Dengue e Febre Hemorrágica da Dengue, para que a população identificando os sintomas procure rapidamente

atendimento médico; estes materiais também devem conter o perigo da super dosagem de medicamentos.

A partir do exposto, consideramos pertinente e necessária a investigação dos processos comunicativos sobre dengue, especificamente no que se refere à análise de materiais educativos, uma vez que verificamos a ausência de estudos dedicados a essa temática. Ademais não foi encontrado nenhum estudo referente à análise de destes recursos destinados ao público infanto-juvenil utilizando como referencial teórico-metodológico a semiologia dos discursos sociais, cuja fundamentação permite a compreensão das condições de produção dos discursos nos diversos contextos sociais e as relações entre os sujeitos no processo comunicativo (Pinto, 1999).

Esse trabalho de conclusão de curso visa oferecer subsídios teórico-metodológicos aos programas de controle de dengue no que se refere ao processo de produção de materiais educativos vigente. De modo, específico pretendemos analisar os materiais educativos sobre dengue destinados ao público infanto-juvenil por meio do mapeamento das instituições produtoras, os temas abordados, os objetivos e a linguagem adotada. Igualmente buscamos verificar como são construídas as representações sobre a dengue e o público infanto-juvenil e como é estabelecida a relação entre os sujeitos no processo comunicativo.

Descritas nossas razões e objetivos para o desenvolvimento deste estudo, apresentamos a seguir como a monografia está estruturada. No primeiro capítulo abordamos os aspectos clínicos da dengue, seguido da contextualização histórica deste agravo no mundo, no Brasil e no Rio de Janeiro. O segundo apresenta o referencial teórico da comunicação e saúde, que descreve os modelos de comunicação em saúde e a definição de material educativo. Ainda nesta seção serão discutidos os modelos de atenção à saúde e o processo de centralização e descentralização das ações de saúde. Esperamos com esse capítulo oferecer um panorama sobre a dengue e indicar as relações entre modelos comunicativos e sanitários nas práticas de promoção e prevenção desse agravo. O terceiro capítulo detalha a metodologia e as técnicas de pesquisa utilizadas na investigação. E o último capítulo apresenta os resultados das análises dos materiais educativos destinados ao público infanto-juvenil, seguida das principais conclusões dessa pesquisa.

II. Desenvolvimento

2.1. Dengue: dimensões clínicas, históricas e epidemiológicas

Aspectos clínicos

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda provocada por um arbovírus do gênero *Flavivírus*, que se apresenta em quatro sorotipos distintos (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4), transmitido pelo mosquito *Aedes aegypti*. A intensidade da infecção depende do tipo de vírus e da capacidade imunológica do paciente. A febre dengue (FD) também conhecida como dengue clássica pode ser assintomática, ou seja, não apresenta sintomas ou sintomática, quando estes costumam surgir em média de três a cinco dias após a picada do mosquito infectado. Os sintomas mais comuns são febre alta, forte dor de cabeça, na região ocular, nas articulações e na região abdominal, prostração, vômitos, diarreia, falta de apetite e manchas vermelhas pelo corpo (petéquias). Na febre hemorrágica da dengue (FHD) e na síndrome de choque da dengue (FHD/SCD), os primeiros sintomas são semelhantes ao da dengue clássica que se agravam, suores, palidez, sangramentos, queda de pressão, vômitos com sangue, fezes escuras e dores abdominais muito fortes, indicando a possibilidade de um choque hemorrágico, que pode matar em até 24 horas (Torres, 2005; SESDC, 2009a).

As autoridades sanitárias orientam que ao ser observado o primeiro sintoma da dengue, deve-se buscar a unidade de saúde mais próxima. O tratamento da dengue é de suporte, ou seja, alívio dos sintomas, reposição de líquidos perdidos e manutenção da atividade sangüínea. O uso de medicamentos deve ser prescrito pelo médico, a fim de aliviar as dores e a febre. Também é recomendado o repouso e a reidratação durante todo o período de duração da doença (Torres, 2005; SESDC, 2009a).

Caracterização histórica e situação epidemiológica

Consta que o mosquito *Aedes aegypti* surgiu na África e o vírus foi proveniente da Ásia. No final do século XVIII, ocorrem as primeiras epidemias de dengue, mais especificamente entre os anos de 1779 e 1780, em Java (sudoeste asiático), na Filadélfia (Estados Unidos) e no Cairo e Alexandria (Egito). O Caribe

e o sul dos Estados Unidos foram devastados por quatro grandes epidemias, no século XIX. Contudo a doença só foi reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no século XX (Torres, 2005; SESDC, 2009a). Atualmente a dengue está presente em mais de cem países e o mosquito já causou epidemias e até pandemias nos cinco continentes. Devido ao grande número de morbimortalidade tornou-se um grave problema de saúde pública nos diversos continentes atingidos por esse agravo.

No que se refere ao surgimento da dengue no continente Americano, acredita-se que os primeiros ovos e larvas do mosquito *Aedes aegypti* tenham chegado às Américas por meio dos barris de água trazidos nos navios que faziam o transporte de escravos, no século XVI em plena colonização. No Brasil, há registros que a primeira epidemia de dengue tenha ocorrido em 1916, em São Paulo. Poucos anos depois a cidade de Niterói, no Estado do Rio de Janeiro, também sofreu com a doença. Porém, em nenhuma dessas epidemias teve-se a comprovação laboratorial (SESDC, 2009a).

Com o processo de industrialização e urbanização acelerada do país durante os anos 40 e 50, surgiram novos criadouros para os mosquitos como, por exemplo, pneus e ferros velhos, disseminados pela indústria automobilística. Em 1967, o *Aedes aegypti* foi detectado em Belém, provavelmente trazido em pneus contrabandeados do Caribe. Em 1974, o mosquito já infestava Salvador. No começo da década de 1980, entre os anos de 1982 e 1984, em Boa Vista, Roraima, ocorreu um surto de dengue causado pelos sorotipos 1 e 4 clinicamente comprovado e documentado laboratorialmente. Em 1986, no Rio de Janeiro aconteceram os primeiros casos com sorotipo 1, dados assustadores foram registrados: em Nova Iguaçu 28% dos domicílios e 100% das borracharias da via Dutra tinham larvas do mosquito. Neste ano ocorreu a primeira epidemia de dengue no estado do Rio de Janeiro, que contabilizou 32.507 casos notificados. No ano seguinte esses números subiram para 59.355 (SESDC, 2009b). Desde então, a dengue vem ocorrendo de forma continuada no Rio.

Em abril de 1990, os casos voltaram a subir para 19.685, com uma epidemia ocasionada pelo sorotipo DEN-1, embora o sorotipo DEN-2 já estivesse circulando no estado. Mas este vírus desencadeou uma outra epidemia em 1991 com 85.891 notificações, morrendo respectivamente 15 e 24 pessoas. Seguindo,

em média, o mesmo intervalo temporal em 1995 e 1996 são notificados, 35.240 e 16.225 casos de dengue e 138 e 63 óbitos. Em 1998 o estado notifica 32.382 e morrem 21 (SESDC, 2009b).

Nas epidemias de 2001 e 2002, causadas pela reintrodução do sorotipo 3, foram notificados 80.215 casos em 2001, destes foram registrados 467 óbitos no estado. Em 2002 notificaram-se 288.245 casos, com 1.831 óbitos no estado (SESDC, 2009b). É importante destacar que neste período o governo federal repassou ao município as ações de controle da dengue.

Passados mais de vinte anos da primeira epidemia de dengue no estado, o Rio de Janeiro volta a sofrer com outra epidemia. Em 2007, contabilizaram 66.553 casos notificados e 218 óbitos. Em 2008 foram notificados 255.818 casos de dengue, sendo 129.737 na capital. Foram confirmados, 1.797 óbitos no estado e na capital, 159: 60 como Febre Hemorrágica do Dengue (FHD) e Síndrome do Choque do Dengue (SCD) e 99 como Dengue com Complicações. Outro fator que assustou as autoridades e a população foi que 30% dos óbitos ocorreram na faixa de 0 a 15 anos (SESDC, 2009b e 2009c).

2.2 Referencial Teórico

2.2.1. Modelos de comunicação: modelam a saúde?

Esta seção apresentada alguns modelos de comunicação que, historicamente, estruturam as ações de comunicação e saúde no campo da saúde pública, são eles: informacional, desenvolvimentista, dois fluxos, dialógico e mercado simbólico.

O modelo informacional, que tornou-se uma matriz pela naturalização adquirida ao longo do tempo, fundamenta-se na transferência de informações. O emissor detém o poder da fala e os conhecimentos necessários para a transmissão da mensagem ao receptor, que assimilará os conteúdos ofertados. Nessa concepção as interpretações que diferem do esperado pelo pólo emissor são considerados “ruídos” e, estes devem ser corrigidos para que a comunicação seja efetiva. O receptor neste modelo é considerado passivo e desprovido de capacidade interpretativa frente às mensagens ofertadas (Araújo e Cardoso, 2007).

Essa concepção linear e fragmentada dos processos comunicativos foi e ainda é amplamente utilizada pelas instituições públicas de saúde, como, por exemplo, nas campanhas preventivas e nas práticas de muitos educadores em saúde, que listam "tudo" que o indivíduo deve ou não fazer, a fim de manter-se saudável. Predomina a fala autorizada e legitimada do Estado frente a uma população que não sabe se prevenir de possíveis doenças.

A perspectiva desenvolvimentista também alimenta-se da mesma matriz informacional, contudo tem uma missão de superar a pobreza, a ignorância, a falta de condutas adequadas e hábitos saudáveis. Vê na informação a mola motriz do progresso. É válido destacar que o contexto nacional brasileiro reforçava esta perspectiva com o governo de Juscelino Kubitschek e sua ideologia desenvolvimentista (Araújo e Cardoso, 2007).

Também perpassa as práticas de saúde o modelo "dois fluxos". Neste modelo, os pólos emissor e receptor assumem o papel de mediadores e multiplicadores da comunicação institucional. Eles têm como atribuição principal adequar o discurso institucional às realidades da população, buscando assim a mudança do seu comportamento. O mediador neste modelo pode ser tanto um agente institucionalizado das organizações governamentais como um representante e/ou líder de determinados grupos sociais, onde a ação comunicativa está sendo desenvolvida (Araújo e Cardoso, 2007).

Um exemplo da aplicação desse modelo nas práticas de saúde pública é o programa "Vizinho Amigo Contra a Dengue" (2008), desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde do município do Rio de Janeiro. A principal ação do programa foi a realização de cursos de capacitação gratuitos para a população. Esses cursos tiveram o objetivo de formar 'vizinhos amigos', para contribuir no combate ao mosquito transmissor da doença dentro de sua própria casa, prédio, condomínio ou bairro, conscientizando os demais moradores da vizinhança. Através desta ação, a população estaria inserida de maneira eficaz na estratégia de combate ao *Aedes aegypti*. Outro programa também idealizado por essa secretaria foi o "Núcleo de Adolescentes Multiplicadores - NAMs", que foi um trabalho realizado com estudantes da rede pública do município do Rio de Janeiro, cerca de 20 representantes de turma passavam por quatro momentos de formação: palestra ou vídeo-debate, inspeção na área da escola para identificação de possíveis criadouros, produção de material para apresentação na

escola (cartazes, esquetes, paródias e outros) e por último atuavam como multiplicadores ministrando palestras para seus pares, com o apoio dos educadores em saúde.

Um modelo que difere da verticalização da informação é o dialógico, também conhecido como uma perspectiva freireana da comunicação. Tendo como ícone Paulo Freire que fundamenta suas ações numa abordagem humanística e política (Araújo e Cardoso, 2007). Este modelo desconsidera o emissor como fonte única do saber e o receptor como uma 'tábula rasa', ambos assumem fontes de saber, cada um segundo seu contexto.

Diversas experiências vivenciadas pelos educadores em saúde no município do Rio de Janeiro, indicam que este modelo dialógico promove no indivíduo uma mudança no olhar da sua realidade, possibilidades e desafios de promover a saúde, de perceber que saúde não é apenas ausência de doença, mas um direito conquistado e que precisa ser constantemente acompanhado, discutido e avaliado através dos conselhos de saúde.

Já o modelo Mercado Simbólico, de Araújo (2002), traz para discussão a produção social dos sentidos, através dos discursos como meios de constituir a realidade. Neste modelo estão inseridos os conceitos de 'polifonia', desenvolvido na década de 1920 por Bakhtin, que diz que cada fala está repleta de outras vozes com interesses sociais particulares, sendo assim a linguagem se torna uma arena de embates sociais e o 'dialogismo' que é o modo particular como as vozes são articuladas (Bakhtin, 1992 *apud* Araújo e Cardoso, 2007:56-7). Entendamos que a fala representa poder e por este direito as pessoas e instituições (Comunidades Discursivas) vivem em conflito, querendo assim sobrepor seus discursos, através muitas vezes dos materiais educativos.

Nesse sentido, consideramos que as atividades de comunicação no âmbito da saúde pública estão fundamentadas por estes modelos, por vezes divergindo-se, por outras se complementando. Este processo pode ser melhor compreendido nas palavras de Araújo e Cardoso:

“Por determinadas circunstâncias, algumas teorias adquirem prevalência sobre as demais, ganham o estatuto de verdade, passando a orientar a percepção de um grande número de pessoas, tornando-se hegemônicas. Mais que isto, algumas teorias se naturalizam, passam a ser percebidas como algo natural e não construído pelas pessoas, em determinada época e

com determinados interesses.” (Araújo e Cardoso, 2007:36)

Práticas educativas na saúde pública: uso de materiais educativos

No início do século XX, as doenças eram vistas enquanto fenômenos biológicos que assolavam a população, sem que a mesma pudesse intervir neste processo. As ações de saúde pública consistiam em controlar e erradicar o vírus, a bactéria, os vermes. As intervenções educativas junto a população buscavam 'convencer' o indivíduo a ter atitudes que evitassem seu adoecimento (SES, 1998).

Neste contexto, na década de 1920, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) incluiu a propaganda e a educação sanitária como estratégia para fazer face às questões da saúde, principalmente as epidemias e a adoção de medidas higiênicas. Vinte anos depois Getúlio Vargas cria o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que divulgava informações sobre as doenças e medidas preventivas, como também produzia metodologias e materiais educativos veiculados pelos meios de comunicação. Para o fortalecimento dessas ações Getúlio também criou o Serviço Especial de Saúde Pública-Sesp que investia na produção e disseminação de materiais educativos impressos destinados a educação sanitária (Araújo e Cardoso, 2007).

Nestas iniciativas podemos reconhecer os modelos informacional e desenvolvimentista de comunicação, cuja preocupação central era uso de recursos comunicacionais para informar e educar a população sobre hábitos de higiene e saúde.

“Os materiais que são produzidos para um público genérico apresentam um dispositivo de enunciação que ignora os contextos existenciais. Isto poderia ser contornado pela sua forma de uso, mas são justamente estes que, seguindo o modelo que orientou sua concepção, ignoram a importância da circulação e se destinam a uma distribuição “a granel”, aleatória, terminando por representar desperdício de recursos e esforços” (Araújo, 2006:59).

Outra característica marcante no âmbito da produção-circulação dos materiais educativos advindos desse contexto e ainda presente na prática comunicativa das instituições de saúde é responsabilização e culpabilização da população pelo processo de adoecimento. Comumente o governo deixa claro que ele está cumprindo o seu papel de informar e que o indivíduo deve seguir tais

recomendações, implicitamente, nesta abordagem, há idéia que a pessoa fica doente por falta de cuidado com sua saúde. Do mesmo modo reforça em suas campanhas que o próprio cidadão tem que dar conta de mobilizar sua família, rua, bairro, trabalho para a prevenção da dengue.

“Sabe-se que a idéia de culpa envolve, antes de tudo, um julgamento e a desaprovação de alguém em função de alguma falha, transgressão (como falta, pecado, delito, ofensa etc.) em relação à moral ou às leis vigentes em um determinado contexto. Inevitavelmente, está ligada à noção de responsabilidade, ou seja, a capacidade de responder socialmente pelos próprios atos” (Castiel, 2003:35).

Historicamente, os materiais educativos são utilizados como recursos educativos nas ações dos diversos programas de saúde, principalmente para as campanhas e mobilização social (Araújo, 2000; Araújo e Cardoso, 2007; Monteiro e Vargas, 2006; Kelly-Santos, Monteiro, Ribeiro, 2009).

Cada material educativo trará em si o propósito de intervir na realidade e construir sentidos e representações sobre o processo saúde-doença nos diversos contextos sociais. Os textos dos materiais são como fios, eles são “na nossa prática comunicativa, sentidos sociais. Cada fio representa um sentido, produzido em outros con-textos, que agora estão ali, prontos para uma nova combinação (Araújo, 2006:49).” Quando produzimos textos acionamos outras vozes para compor este trabalho. Nesse processo os materiais educativos são utilizados para ampliar a abrangência das ações comunicativas, consolidar alguns sentidos e entrar na disputa pelo poder simbólico, “poder de fazer ver e fazer crê” (Bourdieu, 1989 *apud* (Araújo e Cardoso, 2007)).

Pesquisas indicam que na produção de materiais educativos é importante considerar as características do destinatário (faixa etária, sexo, grau de escolaridade, costumes, gostos, condições sócias econômicas etc) e de que forma o material dialoga com o seu contexto intertextual. Além destes aspectos é fundamental entender os contextos de uso destes recursos, tendo em vista que este recurso não é um fim em si mesmo. O ideal é que seja acompanhado de outras atividades educativas, como, por exemplo, palestra, mobilização, teatro educativo (Araújo, 2006; Kelly-Santos, Monteiro, Rozemberg, 2009).

2.2.2. Saúde: descentralizar para organizar

No período da Primeira República, de 1889 até 1930, Oswaldo Cruz adotou como modelo de saúde pública “campanhas sanitárias”, com o objetivo de controlar as epidemias urbanas e rurais. Consistia numa política centralizada na esfera nacional, tecnoburocrática, vertical e corporativista. A população insatisfeita com as práticas autoritárias, não aceitou os métodos invasivos e radicais propostos por essa política, o que ocasionou na Revolta da Vacina (Luz, 1991).

No período Populista, dos anos 30 aos 50, teve como personagem principal Getúlio Vargas. Este realizou mudanças nas políticas sociais, inclusive na área da saúde, criou Institutos de seguridade social, os IAPs -Instituto de Aposentadorias e Pensões, que favoreciam apenas algumas classes de trabalhadores urbanos, quanto o acesso aos serviços de atenção médica. Este governo abriu espaço para a participação da sociedade civil, através dos representantes sindicais. Sobre a política populista, ainda se observava: “centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; clientelismo, populismo e paternalismo, do lado de instituições da previdência social, incluindo as de atenção médica.” (Luz, 1991:140).

No período do Desenvolvimento, anos 50 e 60, Getúlio volta ao poder através do voto e realiza inúmeras mudanças nas políticas públicas. Cria o Ministério da Saúde, que mantém os modelos campanhista e curativista nas ações sanitárias. Persiste uma política centralizadora. Uma nova dicotomia se estabelece: saúde pública versus atenção médica individual. Surge uma discreta discussão sobre a descentralização das políticas sociais, mas ela não se efetiva (Luz, 1991 e 2000).

No decorrer da Ditadura Militar, 1964 até 1984, perpassado pelo 'milagre econômico', 1968 até 1974. Ocorre redução do financiamento, atrelamento a lógica privatizante dos equipamentos médicos IAPS, a centralização e a concentração do poder institucional apresentam-se fortemente neste período. No ano 1966, cria-se o Instituto Nacional de Previdência Social, consolidando, assim, num modelo médico-assistencial privatista. Onze anos depois surge o Sistema Nacional da Previdência Social, juntamente com o INAMPS (Luz, 1991 e 2000).

Na conjuntura política vigente, a saúde passa a ser objeto de consumo. O

capitalismo ganha mercado na área da saúde, aparecem clínicas e hospitais privados, grande procura por consultas médicas, há uma crescente especialização e sofisticação tecnológica vinculada à indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. A população mais desfavorecida economicamente, não tinha acesso a este serviço de saúde. Isto originou muita revolta, não só da população, como também dos profissionais médicos do serviço público, que realizaram manifestações violentas. Surge, então, movimentos sociais, composto por profissionais de saúde, e logo por segmentos da sociedade civil, que visam a mudança de tais políticas de saúde (Luz, 1991 e 2000).

Enfim a década de 80, a população insatisfeita com tantas crises das políticas de saúde e sociais “como a da Previdência Social, que se refletiu em três vertentes principais: a crise ideológica, o PREV-Saúde; a crise financeira; e a crise político-institucional, o CONASP.” (Mendes, 1996:48). A população realiza manifestações públicas junto ao Congresso, com o objetivo de conquistar direitos que assistissem à todos, gerando assim uma cidadania plena. Inaugura-se a Nova República e a Luta pela Reforma Sanitária, 1985 à 1989, marcada pela busca da descentralização do poder e pela participação da população, a fim de alcançar um Estado democrático. AIS (Ações Integradas de Saúde, implantadas em 1983) e o SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde, 1987) foram alguns dos programas que buscavam a descentralização e a municipalização dos serviços de saúde (Mendes, 1996; Solla, 2006).

A organização de diversos segmentos da sociedade pela conquista da democracia ou de uma nova ordem política, resulta no evento político-sanitário mais importante da década, a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, suas propostas foram aprovadas em 1988, pelo Congresso Nacional, eis a nova Constituição Federal. Que define:

“saúde como resultante de políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado, como parte da seguridade social e cujas ações e serviços devem ser promovidos por um Sistema Único de Saúde, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, mando único em cada esfera de governo, atendimento integral e participação comunitária. Ao mesmo tempo, o Art. 199 consagra a liberdade da iniciativa privada” (Mendes, 1996:49).

O governo promove a descentralização institucional como desconcentração

efetiva do poder. Contrariando a tendência centralizadora, os serviços de saúde são repassados para os municípios e estados. “Entretanto, grande parte desse instrumento de descentralização política que é o SUS ficou sem regulamentação até o fim dos anos oitenta.” (Luz, 2000:302). O SUS foi regulamentado pelas Leis 8.080/90 e 8.142/90, que também institui a participação popular, através de conselhos de saúde (locais, municipais e estaduais), com a finalidade de intervir no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (Solla, 2006).

Em relação a dicotomia concentração e desconcentração na atenção à saúde, apenas na década de 90 com a proposta de municipalização do Sistema Único de Saúde, esse processo inicia-se. Mas sua implementação e consolidação encontram obstáculos financeiros, institucionais, estruturais e conjunturais, para isso são criados instrumentos de regulação do processo de descentralização: as Normas Operacionais Básicas (NOB). Além de tratar sobre a divisão de responsabilidades, requisitos de transferência de recursos federais para estados e municípios, as três NOBs de 1990 (NOB 91, NOB, 93 e NOB 96) organizam outros aspectos do sistema de Saúde (Levcovitz, Lima, Machado, 2001).

Esta concepção rompe com os modelos de atenção à saúde, historicamente, fundamentados nas campanhas sanitárias e assistência individual e curativista (Luz, 1991). A proposta do Sistema Único de Saúde compreende que:

O objeto do sistema de saúde deve ser entendido como as condições de saúde das populações e seus determinantes, de modo que alterações positivas nessas condições produzam progressivamente melhores estados e níveis de saúde dos indivíduos e das coletividades (Silva AMR et. al., 2001).

A partir dessa lógica a Vigilância em Saúde apresenta-se com uma possibilidade de atuar de forma diferenciada, ou seja, num modelo de atenção integral à saúde do indivíduo. Conforme preconiza o Sistema Único de Saúde (SUS) a Vigilância em Saúde consiste em:

“uma proposta de redefinição das práticas sanitárias, organizando processos de trabalho em saúde sob a forma de operações para enfrentar problemas que requerem atenção e acompanhamento contínuos. Estas operações devem se dar em territórios delimitados, nos diferentes períodos do processo saúde-doença, requerendo a combinação de diferentes tecnologias” (Teixeira,

Paim e Vilasboas, 1998 *apud* Monken & Batistella, 2009: 472).

A partir deste resgate histórico observa-se quantos avanços já ocorreram nas políticas públicas e no seu gerenciamento. Porém muito precisa ser feito para que o SUS seja legitimado pela sociedade, ainda observa-se incredibilidade quanto a assistência médica ofertada. O SUS não é só para pessoas carentes, mas para todo cidadão. E se constrói com a participação de cada um através do controle social.

“O SUS, entendido como processo social em marcha, não se iniciou em 1988, com a consagração institucional de seus princípios, nem deve ter um momento definido para seu término, especialmente se esse tempo está dado por avaliações equivocadas que apontam para o fracasso dessa proposta. Assim, o SUS nem começou ontem e nem termina hoje” (Mendes, 1996:57).

III. Metodologia

Procedimentos Metodológicos

Esta monografia apresenta um estudo qualitativo que investiga os processos comunicativos sobre dengue, utilizando como mediação a análise de materiais educativos.

Como etapa inicial dessa pesquisa foi realizada uma revisão bibliográfica, nos meses de outubro e novembro de 2009, e foram sistematizados documentos que discutissem o tema dengue, com enfoque nas estratégias de educação e/ou comunicação e saúde, material educativo/informativo e mobilização social. A partir desse levantamento mapeamos os estudos sobre a avaliação de materiais educativos no contexto de programas de dengue. De modo a subsidiar a análise dos materiais.

Em seguida foram coletados os materiais educativos com o tema dengue disponíveis na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, além dos materiais existentes no acervo pessoal da pesquisadora.

Ao conjunto de materiais coletados foi aplicada a técnica de análise temática (Minayo, 2000), categorizando-os quanto ao título, instituição produtora, data, tema principal, temas secundários, objetivo, público para o qual se destina,

formato do material e gênero. Também buscamos analisar o modo como os sentidos sociais sobre dengue foram produzidos e as relações entre os sujeitos no processo comunicativo, tendo como referência a Semiologia dos Discursos Sociais (Pinto, 1999).

IV. Resultados

A coleta dos oito materiais que compõem este estudo foi realizada na Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil-Rio no setor de Educação em Saúde da Gerência de Controle da Dengue do município do Rio de Janeiro, além do acervo pessoal da pesquisadora que atua como educadora em saúde na Gerência de Controle da Dengue, situado no bairro Marechal Hermes, pertencente a AP 3.III. No decorrer da coleta também foram observados que a preservação e o arquivamento destes recursos não são realizados de forma sistematizada por estes setores. Fato comum a outros programas de saúde (Kelly-Santos, Monteiro, Ribeiro, 2009) .

A partir da inserção da pesquisadora como educadora em saúde desta Secretaria de Saúde foi possível observar algumas situações de uso destes recursos. Verificamos que os materiais são distribuídos pelos educadores em saúde nas atividades promovidas nas creches e escolas. O uso destes recursos está associado a uma palestra, teatro e ou ações de mobilização. Essa estratégia permite maior interação com o material, inclusive uma melhor compreensão das medidas preventivas abordadas nestes recursos.

No âmbito promoção e prevenção desse agravo, o governo federal tem focalizado suas ações no desenvolvimento de campanhas de combate a dengue. Isto é, tem assumido a centralidade na gestão do processo de produção-distribuição das campanhas de mídia (televisão e rádio) e de materiais educativos (cartazes, folhetos, livretos, adesivos). Nestas iniciativas a população é convocada a participar do controle deste agravo, conforme indica o slogan da última campanha federal “Brasil unido contra a dengue”. Espera-se com as campanhas intervir na realidade, ou seja, acredita-se por meio da veiculação de medidas prescritas promover mudanças de comportamentos dos indivíduos. Esta perspectiva pode ser reconhecida nos enunciados que circularam nas peças publicitárias desta última campanha, entre eles: “tampe a caixa d’água, cubra os

pneus, encha os pratinhos de plantas de areia até a borda, entre outras recomendações”. Tal comunicação apesar de informar os hábitos e atitudes necessárias para a prevenção da dengue, desconsidera os determinantes sociais, intrínsecos a produção deste agravo, como, por exemplo, a falta de saneamento básico nos grandes centros urbanos.

O Ministério da Saúde para intervir nos constantes surtos e epidemias de dengue têm promovido, de forma integrada com as diferentes esferas de governo, um conjunto de ações de controle, prevenção e tratamento da dengue. Entre as medidas tomadas destaca-se o repasse de verba para estados e municípios, sendo que para este ano foram disponibilizados R\$ 1 bilhão. E para regiões que o risco de epidemia é iminente foram destinados um acréscimo de R\$ 128 milhões, para a contratação de agentes, além de investir em trabalhos de educação em saúde e mobilização social (MS, 2009).

Descrição dos materiais: formato, temas, objetivos

A análise temática (Minayo, 2000) aplicada a este conjunto de materiais revela que eles foram produzidos pela parceria governamental, pelo setor privado e/ ou resultam da parceria entre instituições públicas e empresas privadas. O formato é o de livreto (cartilhas ou revista) adotando o gênero da narrativa e quadrinhos na abordagem dos temas. Estes gêneros se justificam tendo em vista que os materiais se destinam ao público infante-juvenil. Os objetivos (explícitos e implícitos) são predominantemente para informar e/ou orientar as crianças e adolescentes sobre as práticas de prevenção a dengue, conforme sistematizado na Tabela 1 (Anexo 01). A seguir apresentamos uma breve descrição dos oito materiais.

A Revista em quadrinhos “A Turma da Mônica- Um pequeno grande vilão”, produzida pela Editora Maurício de Souza e Ministério da Saúde em 2003, objetiva informar a forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue. O material também oferece um entretenimento ao leitor, como uma estratégia de proporcionar maior interação com o destinatário, uma que vez que, apresenta um 'passatempo' com quatro jogos, caça-palavras, labirinto, charada e sete erros, sobre a prevenção da dengue.

A Revista em quadrinhos “Maluquinhos contra a Dengue”, elaborado por Zivaldo e Governo do Rio de Janeiro, não apresenta data, visa esclarecer sobre a

forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue. Este material mobiliza seus leitores, especificamente as crianças, para o enfrentamento da dengue.

A Revista em quadrinhos “Sesinho- Entre na luta contra a dengue!”, produzido pelo Serviço Social da Indústria (SESI), sem data, busca informar a forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue. O material apresenta um breve histórico do mosquito no mundo e no Brasil, outras informações da doença e medidas preventivas. Como também jogos, caça-mosquitos, labirinto, pintura, sobre prevenção da dengue. O tema é abordado, segundo uma concepção de saúde baseada em medidas preventivas. Neste material são as crianças que prescrevem todas as medidas de prevenção a dengue aos adultos, vistos como desinformados.

A Revista em quadrinhos “Pan sem Dengue- Jogos Pan-americanos- Rio 2007”, elaborado pela parceria Coquetel/Ediouro, Ministério da Saúde e do Esporte em 2007. Apresenta como tema principal a prevenção a dengue, como tema secundário os Jogos Pan-Americanos 2007. Busca orientar sobre a forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue. Sobre os Jogos informa apenas que vai ocorrer na cidade do Rio de Janeiro. Apresenta jogos, caça-palavras, direta temática, dominó e criptograma sobre prevenção da dengue. A relação entre produtor e destinatário é verticalizada e prescritiva, embora o jogo permita uma interatividade maior que os demais gêneros.

A Revista em quadrinhos “A fuga do mosquito da dengue- em busca da água prometida”, produzido pela Prefeitura do Recife, sem data, tem por objetivo informar a forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue. O material apresenta informações sobre características, hábitos, ciclo evolutivo do *Aedes aegypti*, prevenção, doença, sintomas e tratamento.

A Revista em quadrinhos “Vamos combater a dengue”, produzido por Rabaça & Associados com apoio do Governo do Rio de Janeiro, Petrobrás e Fetranspor, sem data, busca esclarecer sobre a forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue.

O livreto “O voluntário da saúde-Dengue, nunca mais!”, elaborado pelo Ministério da Saúde e da Cultura e Unilever, sem data, apresenta com o tema principal é dengue, meio ambiente aparece como tema secundário. Adota a narrativa como gênero, tem por objetivo informar a forma de contágio, sintomas,

tratamento e prevenção da dengue. Neste material está presente um forte discurso sobre mobilização, buscando assim a realização de mutirões contra a dengue e a preservação do meio ambiente.

O último material é o livreto “A gente quer saúde sem dengue”, produção FUNASA e Governo do Rio de Janeiro, sem data. Objetiva informar a forma de contágio, sintomas, tratamento e prevenção da dengue. O material apresenta informações sobre características, hábitos, ciclo evolutivo do *Aedes aegypti*.

Sentidos sociais sobre dengue: modos de dizer, mostrar e interagir

Na produção social dos sentidos sobre dengue o produtor recorre a uma série de operações para construir a representação sobre a doença e o modo como a população age ou deve agir frente a esse agravo. Em termos do modo como o tema é abordado no conjunto de materiais predomina uma linguagem prescritiva, com uso de termos técnicos do campo médico-sanitário. Na explicação dos sinais e sintomas e tratamento da doença, exemplo;

“...você percebe que é dengue hemorrágica quando acaba a febre e surgem dores abdominais e vômitos que não param, pele fria e pálida, sangramentos no nariz e na boca, sonolência, muita sede, boca seca, respiração difícil...”

Para explicar as forma de prevenção o produtor recorre ao uso de expressões populares. Consideramos que esta operação revela a intenção, por parte do produtor, de buscar cumplicidade e diálogo com leitor. Apesar da proximidade desejada ainda identificamos marcas discursivas que demonstram uma relação vertical e linear entre produtor e destinatário, marcando a distância entre os sujeitos no processo comunicativo. Tal operação está presente na construção das frases com verbos no imperativo ordenando ao leitor o que ele pode ou não fazer, como por exemplo:

“tampe a caixa d'água, cubra os pneus, encha os pratinhos de plantas de areia até a borda, vire as garrafas, não deixe a lixeira aberta, lave com escova e sabão os tonéis e vasilhas de animais domésticos, escorra a água da laje, cuidado com as bandejas da geladeira e do ar condicionado...”

Reforça essa situação o emprego do discurso bélico nos enunciados, nas

frases e nas imagens dos personagens retratados nas estórias. Tal lógica resulta do modelo campanhista, hegemônico nas práticas comunicativas de saúde pública (Araújo e Cardoso, 2007). Vejamos como esse modo de planejar e executar as ações educativas em saúde são expressos nos títulos, frases e imagens dos materiais:

“A Turma da Mônica- Um pequeno grande **vilão**”, “Vamos **combater** a dengue”. Observa-se no título da capa a presença da figura de linguagem antítese 'pequeno grande', que expõe o perigo causado por um simples mosquito ao ser humano. Inseto este que é denominado vilão, ou seja, acionando no imaginário infantil a figura de alguém mau, cruel, bandido, que precisa ser combatido, derrotado, eliminado. A última folha contém a seguinte frase: “O mosquito da Dengue é um **vilão** que precisa ser **derrotado**. E a água acumulada é o **esconderijo secreto** dele.”

“Sesinho- Entre na **luta** contra a dengue!”, a capa apresenta elementos textuais e visuais que atribuem à dengue uma ideia de guerra: o título tem a palavra luta e a ilustração traz um cartaz com uma imagem personificada do mosquito e embaixo o verbo 'procura-se'. O cartaz está sendo colocado por três crianças, que estão cooperando na busca deste 'bandido' tão procurado.

Uma cena interessante é dos mosquitos rindo, afiando o bico sugador, xingando os humanos de imbecis. Alegam que embora pequenos, acreditam ganhar a **guerra**, pois se consideram **fortes e perigosos**. A outra, uma criança informa a professora sobre a presença de mosquitos no bairro, esta chama a secretaria municipal de saúde. A cena é muito interessante, a expressão da professora ao telefone é de alguém que está informando um incêndio. Além de solicitar que venham depressa, pois o terreno está cheio de mosquitos.

Outro ponto relevante identificado nas mensagens dos materiais se refere a concepção de “saúde como ausência de doença” ou seja, eliminado o agente causador da doença, o mosquito *Aedes aegypti*, os problemas daquelas comunidades estão resolvidos. Em momento algum se discutem os determinantes e condicionantes sociais. Essa abordagem revela uma visão reducionista das condições produtoras deste agravo, consideramos que não se deve falar de dengue, sem falar de meio ambiente. O mosquito, inicialmente silvestre, foi perdendo seu habitat com as devastações e queimadas das matas, com a enorme produção de lixo, o que gerou diversas possibilidades para sua

reprodução. Outro condicionante são as variações climáticas, ocasionadas pelo efeito estufa, muitas chuvas, calor em excesso, condições favoráveis para a proliferação do *Aedes aegypti*.

A partir dessas ponderações, reconhecemos que as atividades de prevenção da dengue pautam-se predominantemente no modelo de atenção a saúde que se limita a intervenção nos ambientes e os hábitos de vida da população, próprio da educação sanitária do modelo preventivista-curativo (Luz, 1991).

Outro dado que reforça esse modelo de intervenção sanitária é uso recorrente de imagens, personagens e falas que retratam apenas uma realidade socioeconômica em todo país. Um exemplo clássico da centralidade e verticalidade das práticas na comunicação sobre dengue é o “Dia D de combate à Dengue”, cuja estratégia cria no imaginário da população a idéia que dengue só se previne no verão, além das imagens, falas e personagens retratados remeterem a uma sociedade homogênea do ponto de vista social, econômico e cultural.

Nos materiais analisados essa visão encontra ressonância, pois as histórias acontecem em um lugar predominantemente urbano e residencial, com campo de futebol para lazer das crianças, escolas, entre outros. Nas narrativas não são consideradas outras realidades sócio-econômicas, como favelas, ambientes rurais e classe média-alta.

Isto pode ser visualizado no Anexo 4, no bairro do Limoeiro, poucas casas, crianças brincando livremente, nenhuma imagem de construções irregulares, apenas pequenos prédios ao fundo.

Chama atenção o modo como os destinatários são representados. As histórias em quadrinhos representam as crianças como sujeitos ativos, inteligentes, conhecedores do tema e, principalmente agentes de mobilização social. Eles são os mediadores das práticas de prevenção, na medida em que são responsáveis por “tampar caixas d’água; rasgar pneus, ensinar os adultos ... “. O personagem Sesinho dialoga com o destinatário “para você aprender tudo sobre o mosquito e a doença. Depois, passe estas informações para os seus pais, vizinhos e quem mais você quiser. Só assim juntos, poderemos vencer a dengue.” Outra cena é de uma criança orientando a mãe de uma outra criança doente a levar seu filho no médico. São as crianças que resolvem criar uma cartilha e fazer

uma campanha na escola e no bairro contra a dengue. Nestas estórias são os filhos que orientam os pais os procedimentos para eliminação dos criadouros.

Os adultos que aparecem no texto, em sua maioria, têm o papel de fazer as recomendações dos filhos. Exceto os que são médicos, professores, bombeiros. Falas das crianças “Convenci o pai de que, contra a dengue, só não pode ficar parado”, “É difícil guiar os mais velhos, eu sei... tem que fazer que nem eu...usar o jeitinho!”, “Se o *Aedes aegypti* não tiver onde morar e criar as larvas, o senhor e seus vizinhos estarão livres”.

Os produtores destes materiais ainda precisam considerar as questões citadas na elaboração dos mesmos, a fim de promover na criança o entendimento não só de ações específicas para um agravo, contudo uma abordagem mais voltada para a promoção da saúde. Mesmo assim os materiais analisados são exitosos de suscitar na criança o desejo de participação. Os materiais são adequados em algumas ilustrações e na linguagem.

V. Conclusões

A partir deste estudo verificamos quantos entraves ainda existem no processo de comunicação, a verticalidade adotada pelo governo federal, o próprio conceito de saúde, ainda visto pela população como ausência de doença. Por esse motivo ela não se preocupa em intervir nos determinantes e condicionantes do seu processo de adoecimento. Mas também foram apresentadas possibilidades para avançar no campo da produção de sentidos sociais sobre a dengue. Primeiramente definir o destinatário, o tema abordado, o contexto de uso dos materiais. Isso significa dizer que é fundamental conhecer o perfil sócio-demográfico, os gostos, valores e modos de vida do público que se quer dialogar.

O uso dos materiais educativos é pertinente, desde que cumpra os requisitos acima e sejam usados criteriosamente, segundo cada atividade que o acompanha.

Que este trabalho auxilie o educador em saúde a avaliar cada recurso utilizado, ao produtor destes materiais também, inserindo no processo de construção diversos atores sociais.

Referências Bibliográficas

Araújo I. A reconversão do olhar: prática discursiva e produção de sentidos na intervenção social. São Leopoldo, RS: Unisinos; 2000. Cap. III.

_____. Mercado Simbólico: interlocução luta poder. Um Modelo de comunicação para políticas públicas. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Comunicação -CFCH, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2002.

Araújo I. Materiais educativos e produção dos sentidos na intervenção social In: Monteiro S; Vargas E organizadores. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

Brassolatti RC & Andrade CFS. Avaliação de uma intervenção educativa na prevenção da dengue. Ciênc. Saúde Coletiva. [periódico na Internet]. 2002 [acesso em 31 out 2009];7(2): Disponível em : <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n2/10244.pdf>

Castiel D. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2007.

Cavalcante KRJL, Porto VT, Tauil PL. Avaliação dos conhecimentos, atitudes, e práticas em relação à prevenção de dengue na população de São Sebastião - DF. Brasil, 2006. Com. Ciências Saúde. [periódico na Internet]. 2007 [acesso em 31 out 2009];18(2): Disponível em http://www.fepecs.edu.br/revista/Vol18_2art05.pdf

Chiaravalloti Neto F. Conhecimentos da população sobre Dengue, seus vetores e medidas de controle em São José do Rio Preto, São Paulo. Cad. Saúde Pública. [periódico na Internet];1997 [acesso em 22 nov 2009]; 13(3): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13n3/0169.pdf>

Gonçalves Neto VS, Monteiro SG, Gonçalves AG, Rebêlo JMM. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004. Cad. Saúde Pública. [periódico na Internet]; 2006 [acesso em 22 set 2009]; 22(10): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/18.pdf>

Lenzi MF e Coura LC. Prevenção da dengue: a informação em foco. Rev. Soc. Bras. Med. Trop [periódico na Internet]; 2004 [acesso em 17 out 2009] ; 37(4): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v37n4/21191.pdf>

Levcovitz E, Lima LD, Machado CV. Política de saúde nos anos 90: relações

intergovernamentais e o papel das Normas operacionais básicas. Rev. Ciênc. e Saúde Coletiva; 6(2); 2001.

Luz MT. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil na transição democrática anos 80. In: Rev. PHYSYS; 1(1); 1991.

_____. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. Rev. Ciênc. Saúde Coletiva; 5(2); 2000.

Kelly-Santos A, Monteiro SS, Ribeiro APG. Acervo de materiais educativos sobre hanseníase: um dispositivo da memória e das práticas comunicativas. Interface – Comunic.,Saúde, Educ.; 2009.

Kelly-Santos A, Monteiro S, Rozemberg B. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do município do Rio de Janeiro. Cad. de Saúde Pública 25(4):857-867. 2009

Mendes EV. O Sistema único de Saúde: um processo social em construção. In: _____. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec; 1996.

Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 2000.

Ministério da Saúde (MS). 2009 [acesso em 31 jul 2009]. Disponível em: <http://www.combatadengue.com.br/>

Monken M, Batistella C. Vigilância em Saúde. In: Pereira IB. Dicionário da educação profissional em saúde/Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed.rev. ampl.- Rio de Janeiro: EPSJV; 2009.

Monteiro S; Vargas E organizadores. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; 2006.

Pinto MJ. Comunicação e Discurso. Uma introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker; 1999.

Rangel-S ML. Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle - propostas inovadoras. Interface (Botucatu) [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 22 set 2009]; 12(25): Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v12n25/a18v1225.pdf>

Sales FMS. Ações de educação em saúde para prevenção e controle da dengue: um estudo em Icaraí, Caucaia, Ceará. Ciênc. saúde coletiva [periódico na Internet]. 2008 [acesso em 11 set 2009]; 13(1): Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/21.pdf>

Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil-RJ (SESDC). 2009a [acesso em 26 out 2009].

Disponível em: <http://www.ricontradengue.com.br>

Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil-RJ (SESDC). Distribuição de Casos de Dengue Notificados no Estado do Rio de Janeiro de 1986 a 2009. 2009b [acesso em 28 nov 2009]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/Docs/Acoes/dengue/Dengue%20CLÁSSICA%20E%20HEMORRÁGICA.pdf>

Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil-RJ (SESDC). Relatório de Casos de Dengue – 2008. 2009c [acesso em 23 nov 2009]. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br>.

Secretaria de Estado de Saúde-RJ (SES). Projeto Educação em saúde nas Escolas- Saúde sem Dengue. Rio de Janeiro; 1998.

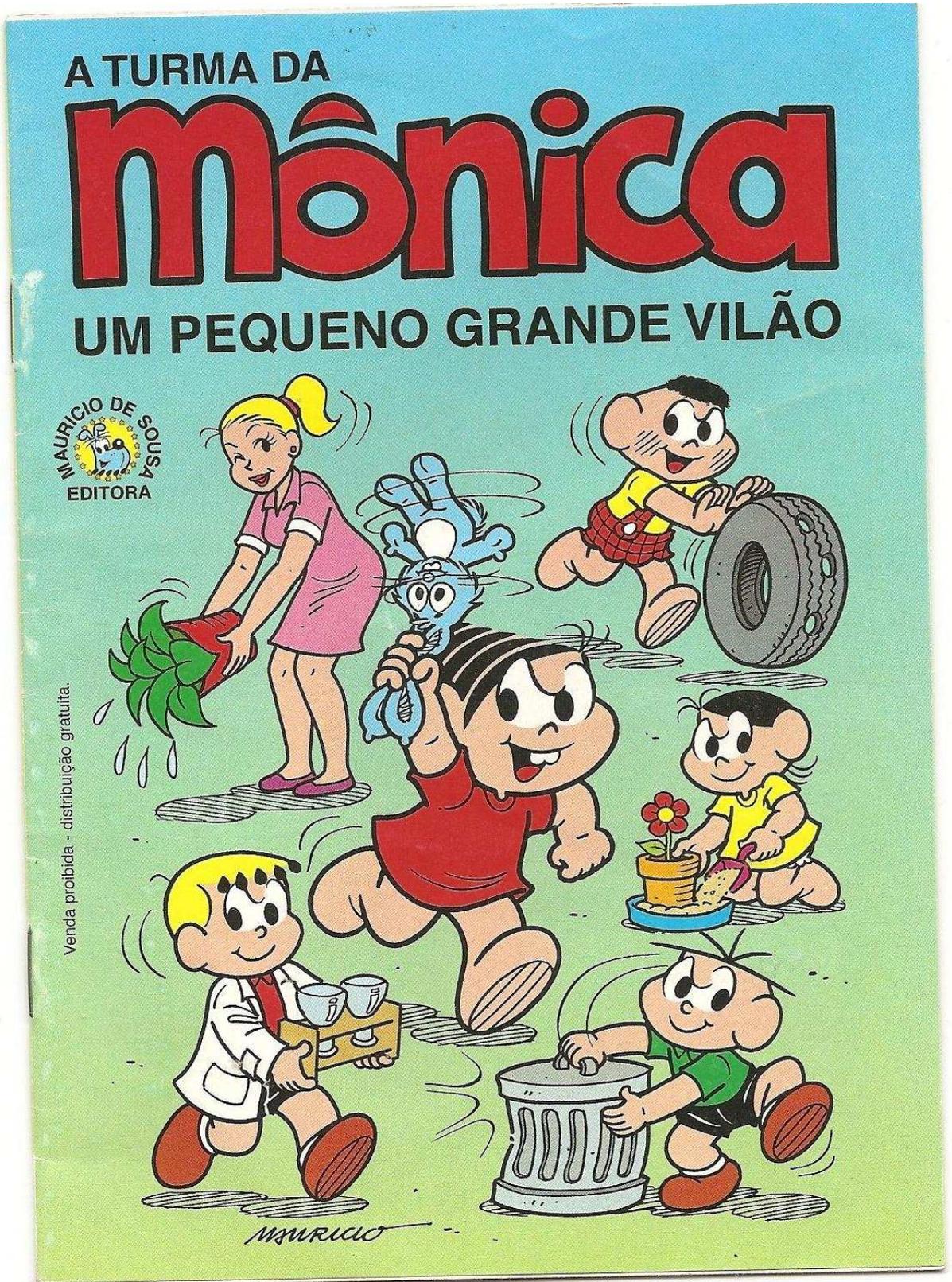
Silva, AMR et. al. A unidade de Saúde e seu território In: Andrade SM, Soares DA, Cordoni Júnior L. (Orgs) Bases da Saúde Coletiva. Londrina: Ed. UEL; 2001.

Solla JJSP. Avanços e limites da descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”. Rev. Baiana de Saúde Pública; 30(2); jul/dez 2006.

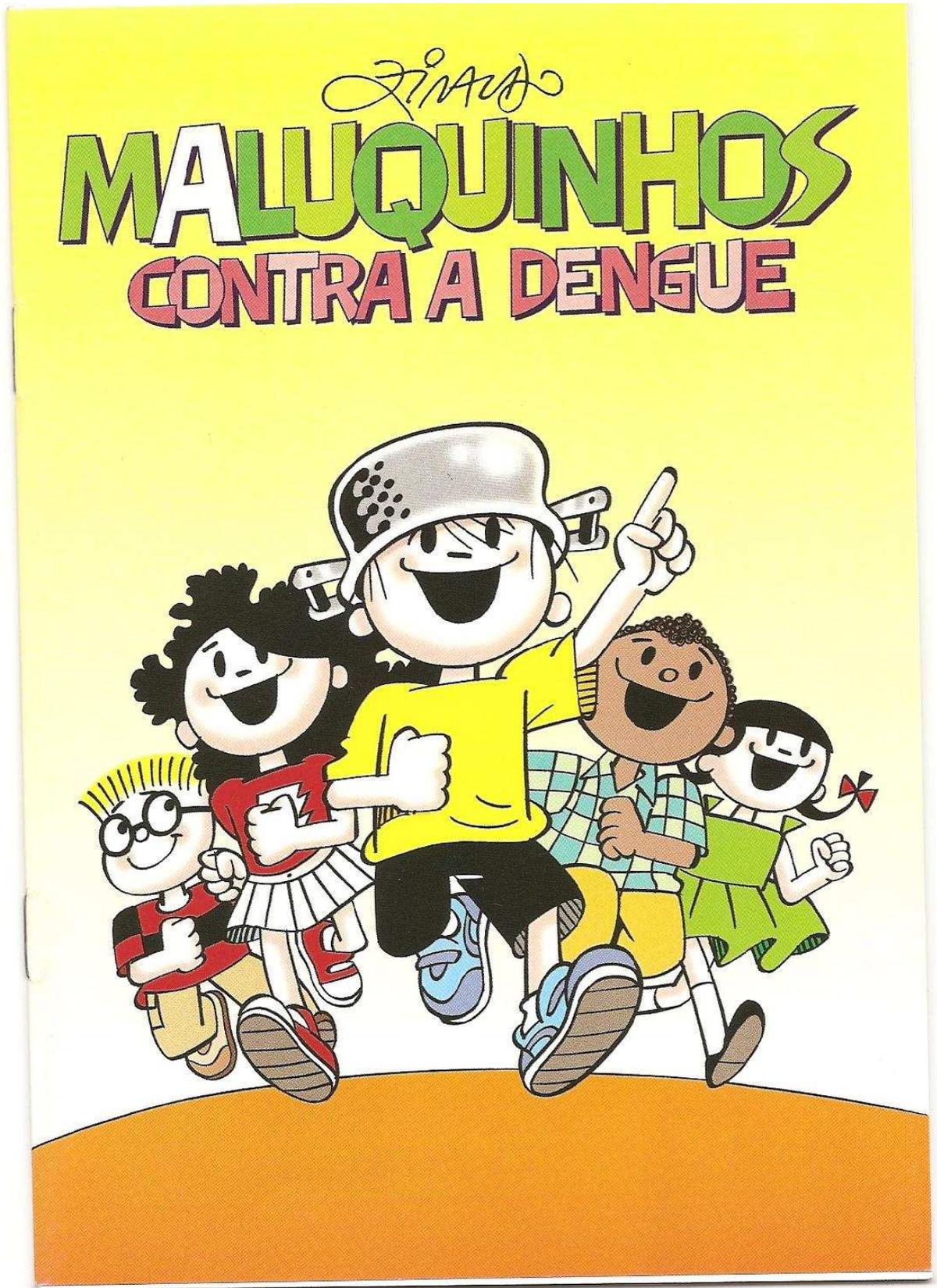
Vizinho Amigo contra a Dengue- 2008 [acesso em 31 jul 2009]. Disponível em: <http://www.combateadengue.com.br/?p=365>

Torres EM. Dengue./Eric Martínez Torres; tradução do espanhol por Rogério Dias. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

Anexo 1



Anexo 2



Anexo 3

