

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Eliane Rodrigues de Abreu

A “anatomia social” do *Aedes Aegypti*:
os panfletos educativos de prevenção e combate à dengue como discurso.

Rio de Janeiro

2017

Eliane Rodrigues de Abreu

A “anatomia social” do *Aedes Aegypti*:
os panfletos educativos de prevenção e combate à dengue como discurso.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Carla Macedo Martins

Rio de Janeiro

2017

Catálogo na fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

A162a Abreu, Eliane Rodrigues de
A "anatomia social" do Aedes Aegypti: os
panfletos educativos de prevenção e combate à
dengue como discurso. / Eliane Rodrigues de
Abreu. - Rio de Janeiro, 2017.
98 f.

Orientadora: Carla Macedo Martins

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz,
2017.

1. Educação em Saúde. 2. Comunicação e
Divulgação Científica. 3. Educação. 4. Mensagem
Educativa. I. Martins, Carla Macedo. II. Título.

CDD 362.12

Eliane Rodrigues de Abreu

A “anatomia social” do *Aedes Aegypti*:
os panfletos educativos de prevenção e combate à dengue como discurso.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 25/04/2017

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Carla Macedo Martins – EPSJV/Fiocruz

Prof. Dr. José Roberto Franco Reis – EPSJV/Fiocruz

Prof. Dr. Wedencley Alves Santana – UFJF

Prof. Dr. Marco Antonio Carvalho Santos – EPSJV/Fiocruz

Prof. Dr. José dos Santos Rodrigues – UFF

*Dedico este trabalho a Deus pela fé que me
conduz e a minha mãe pela perseverança e
coragem.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos os professores, trabalhadores e colaboradores desta instituição, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, pela acolhida. Acolhida de trabalhadores-estudantes, como eu. Sem a compreensão e zelo a nós dispensados, seria impossível a nossa formação em Mestres.

Agradeço a minha orientadora Profa. Dra. Carla Martins, pela discrição e firmeza. Sem seu cuidado e carinho, talvez não tivesse seguido neste Mestrado Profissional.

Agradeço por fim a minha mãe, que entendeu minhas ausências, minhas preocupações, minhas ansiedades, a fim de tornar o sonho do mestrado realidade.

O Rio de Janeiro continua lindo
O Rio de Janeiro continua sendo
O Rio de Janeiro, fevereiro e março
Alô, alô Realengo – aquele abraço!
(...) Alô moça da favela – aquele abraço!
(...) Alô, Banda de Ipanema – aquele abraço!
(Gilberto Gil)

RESUMO

O presente trabalho objetiva contribuir para analisar as contradições existentes nas políticas de saúde pública, focando, para tanto, nas mensagens educativas utilizadas no trabalho de controle do mosquito *Aedes Aegypti*. Na literatura da área, ainda não é consolidada a importância dos folders educativos, utilizados como uma das estratégias do Estado para orientação e informação da população. A dissertação se organiza em três capítulos. O primeiro traça um panorama da urbanização da cidade do Rio de Janeiro, localizando, neste contexto, o papel desempenhado pelas políticas de saúde, determinadas pelo conflito de classe. O segundo destaca os conceitos voltados para a comunicação e educação em saúde, identificando, nestes dois campos, as formas e os elementos dos conflitos de classe mencionados. O terceiro capítulo, a partir da abordagem de Maingueneau (2001), analisa um total de dezenove folders e cartazes, concluindo que a utilização das mensagens educativas tem como efeito o apagamento das responsabilidades do Estado e do caráter coletivo da prevenção e do controle do mosquito *aedes aegypti*. Assim, além da culpabilização da população pela proliferação do mosquito, a relação entre poder público e população impede uma comunicação efetivamente democrática, que possibilitaria a melhoria da qualidade de vida dos munícipes e um efetivo aproveitamento dos recursos públicos.

Palavras-chave: Comunicação e educação em saúde. Mensagens educativas. Análise do discurso.

ABSTRACT

The present objective work to contribute to analyze the existing contradictions in the politics of public health, focusing, for in such a way, in the used educative messages in the work of control of the mosquito *Aedes Aegypti*. In the literature of the area, not yet the importance of folders is consolidated educative, used as one of the strategies of the State for orientation and information of the population. The dissertation is organized in three chapters. The first one trace a panorama of the urbanization of the city of Rio De Janeiro, locating, in this context, the role played for the health politics, determined for the classroom conflict. As it detaches the concepts directed toward the communication and education in health, identifying, in these two fields, the forms and the elements of the mentioned conflicts of classroom. The third chapter, from the boarding of Maingueneau (2001), analyzes a total of nineteen folders and posters, concluding that the use of the educative messages has as effect the deletion of the responsibilities of the State and the collective character of the prevention and the control of the mosquito *aedes aegypti*. Thus, beyond the blame of the population for the proliferation of the mosquito, the communication between being able public and population effectively hinder a democratic communication, that would make possible the improvement of the quality of life of the townspeople and an effective exploitation of the public resources.

Word-key: Communication and education in health. Educative messages. Analysis of the speech.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES – FIGURAS

Ilustração 1: “Pranchas de Debret”.....	19
Ilustração 2: “Rugendas, Chafariz no Rio de Janeiro”.....	31
Ilustração 3: “Tigre” (s/ref.).....	32
Figura 1a: Folder – agente de Vigilância em saúde.....	75
Figura 1b: Folder – orientações.....	75
Figura 2a: Folder – orientações.....	75
Figura 2b: Folder – orientações.....	75
Figura 3: Cartaz – Agente de Vigilância em Saúde.....	76
Figura 4: Cartaz lúdico – cão desportista.....	76
Figura 5: Cartaz lúdico – mosquito em placa de regulamentação de trânsito.....	77
Figura 6: Cartaz lúdico – mosquito / advertência.....	77
Figura 7: Cartaz lúdico – personagem conhecido do público.....	78
Figura 8: Cartaz – gente do povo.....	78
Figura 9: Cartaz – personagem conhecido do povo.....	79
Figura 10: Cartaz – representação de família.....	79
Figura 11: Cartaz – elementos da comunidade.....	80
Figura 12: Cartaz – alunos de escola.....	80
Figura 13: Cartaz – cena do cotidiano.....	80
Figura 14: Folder – orientações.....	81
Figura 15: Folder – orientações.....	81
Figura 16: Folder – imagem lúdica – verão.....	82
Figura 17: Folder – imagem símbolo da cidade do Rio de Janeiro.....	82

Figura 18: Folder orientações.....83

Figura 19: Folder orientações.....83

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Total de domicílios no Município do Rio de Janeiro.....	33
Tabela 2 - Forma de abastecimento de água nos aglomerados subnormais.....	33
Tabela 3 - Forma de abastecimento de água nos domicílios particulares permanentes.....	34
Tabela 4 - Tipos de esgotamento nos domicílios particulares – aglomerados subnormais.....	34
Tabela 5 - Tipos de esgotamento nos domicílios particulares permanentes.....	35
Tabela 6 - Forma de destinação do lixo nos aglomerados subnormais.....	36
Tabela 7 - Forma de destinação do lixo nos domicílios particulares permanentes.....	36

SUMÁRIO

Introdução.....	14
1. Capítulo I: O processo de ocupação e urbanização do município do Rio de Janeiro.....	16
1.1 A noção de cidade.....	17
1.2 A ocupação e urbanização da cidade do Rio de Janeiro.....	18
1.3 Água, esgoto e lixo: uma estruturação excludente.....	26
1.4 A questão da urbanização no século XXI.....	39
2. Capítulo II: O campo da comunicação e educação em saúde para o controle do <i>Aedes Aegypti</i>	43
2.1 O conceito de saúde e saúde pública.....	44
2.2 Educação em saúde.....	46
2.3 Comunicação em saúde.....	47
3. Capítulo III: Análise das mensagens educativas utilizadas no controle ao <i>Aedes Aegypti</i>	54
3.1 As epidemias nos períodos de 2001/2002, 2007/2008 e 2015/2016.....	56
3.2 Categorias e aspectos da análise.....	59
3.3 Análise do corpus – cartazes e panfletos.....	69
4. Considerações finais.....	84
Notas.....	87
Referências.....	88
Anexo A LEI Nº 11445 de 05/01/2007 – Saneamento Básico.....	95

INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença transmitida pelo mosquito *aedes aegypti*, como também pelo mosquito *aedes albopictus*, vetores da doença. O *aedes aegypti*, originariamente, era um inseto silvestre que adaptou-se ao meio urbano, pelas condições de sobrevivência propícias deste meio, ou seja, no meio urbano o mosquito encontrou abrigo (os imóveis), alimento (os seres humanos) e água (acumulada nos depósitos servíveis e inservíveis distribuídos pelos imóveis). Assim, o vírus da dengue é transmitido quando da picada do inseto num indivíduo doente, transmitindo o vírus para outro indivíduo sadio.

Uma vez que as epidemias de Dengue sempre foram relacionadas com a quantidade de mosquito presente nos ambientes, a ação predominante, por parte das autoridades de Saúde Pública, foi a de orientar a população sobre a necessidade de se diminuir ao máximo, dentro dos imóveis, a quantidade de depósitos com água parada, por ser este o ambiente procurado pela fêmea do mosquito para o desenvolvimento da espécie, desde os ovos até a formação integral do inseto.

A estratégia utilizada no trabalho preventivo ao dengue, sendo intensificada a partir da epidemia de 2002, é a utilização da mensagem educativa, que supostamente visa colocar, nas mãos do morador e cidadão, a responsabilidade pelo controle do vetor transmissor da Dengue.

A autora do presente trabalho iniciou suas atividades como auxiliar de controle de endemias em dezembro de 2002, portanto no ano em que ocorreu uma das maiores epidemias após 1986. Em dezembro, mês da minha admissão, foram registrados 625 casos de dengue, contra 35.674 registrados em janeiro do mesmo ano, num total de 145.779 notificações de dengue no ano, no Município do Rio de Janeiro, de acordo com dados da Secretária Municipal de Saúde/RJ.

Desta forma, a autora desta dissertação, através do seu trabalho de visitas domiciliares visando à localização de possíveis pontos de infestação por larvas de mosquitos transmissores da dengue, desenvolveu questionamentos sobre a eficácia da utilização das mensagens educativas no dia-a-dia de labor dos agentes de controle de endemias, já que, a partir da data referida no parágrafo anterior, outras epidemias de Dengue ocorreram no Município do Rio de Janeiro.

Sob slogans diversos, presentes nos panfletos distribuídos, como também divulgados nos meios de comunicação – como “FAÇA A SUA PARTE”, entre outros – o Estado impõe à

população a responsabilidade pela prevenção. Já a responsabilidade do Estado com saneamento básico, manutenção de hospitais e postos de saúde, principalmente em época de epidemia, fica escondida em meio ao desespero da população, que, doente, tem que enfrentar postos e hospitais superlotados, lentidão no atendimento, falta de médicos, além de diagnósticos errados e/ou tardios.

A ineficácia das ações do governo atravessa a ocupação e urbanização dos diversos espaços geográficos no município. Então, a que serve a mensagem educativa? Para a reprodução da desigualdade? Ou pode, ao mesmo tempo, promover uma maior participação política da população no cuidado à saúde?

Assim, o presente trabalho objetiva analisar as contradições existentes nas políticas de saúde pública, enfocando, para tanto, as mensagens educativas utilizadas no trabalho de prevenção e combate ao Dengue e outras doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti* no Município do Rio de Janeiro.

Serão utilizados os folders e cartazes distribuídos à população por época das atividades dos agentes de vigilância em saúde. Este material, disponibilizado no trabalho de prevenção e combate ao dengue e outras doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, será relacionado ao processo de urbanização do Rio de Janeiro e às teorias críticas no campo da comunicação e saúde.

Então, no primeiro capítulo, será traçado um resumo da história da urbanização do município do Rio de Janeiro, tendo, como pontos de destaque, os problemas relacionados à falta de sistemas de esgoto e água encanada, à precariedade da coleta de lixo, e ainda, à especulação imobiliária e à valorização do capital, assim como ao controle dos conflitos de classe no espaço urbano.

O segundo capítulo tratará das questões da comunicação em saúde voltada para a educação sobre doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti*, a partir da problematização do processo comunicacional como base de disseminação de normas e hábitos sanitários.

Por fim, o terceiro capítulo focalizará a análise da mensagem educativa presente em folders e cartazes de prevenção ao mosquito transmissor do vírus da Dengue e outras doenças, indicando a perpetuação da culpabilização da população pobre pelas mazelas na urbanização das cidades.

Capítulo I: O processo de ocupação e urbanização do município do Rio de Janeiro

Neste primeiro capítulo, será traçada, em linhas gerais, a questão da urbanização e do apagamento das contradições na ocupação do território abrangente do município do Rio de Janeiro. O objetivo é discutir as lutas sociais existentes nas políticas de urbanização ocorridas na cidade, já desde a formação do Rio de Janeiro como cidade central, seja no sentido administrativo, seja no sentido político.

O percurso do capítulo será feito em 4 itens. No primeiro item, será pontuada a noção de cidade, desde seu sentido original – de centro agregador de interesses comerciais – até o sentido mais contemporâneo: não só como espaço transformado por aqueles que nela vivem, mas também como transformadora desses conviventes.

O segundo item abordará a questão da ocupação e urbanização da cidade do Rio de Janeiro, cujo processo de ocupação, em consonância com o conceito de cidade, ocorre para atender às necessidades comerciais. Posteriormente, com o aumento da população e também das doenças por conta da precariedade do saneamento básico, as autoridades iniciam, de forma excludente, o processo de organização urbana, visando estruturar uma cidade moderna aos moldes europeus.

O terceiro item tratará da questão do saneamento básico como resultado dos elementos apontados nos dois primeiros. Desde sempre, a cidade do Rio de Janeiro enfrentou, e ainda enfrenta, dificuldades na estruturação de seu sistema de abastecimento de água e encanamento de esgoto, passando pela precariedade na organização da coleta do lixo urbano. Então, as questões apontadas neste item são de grande importância para a presente dissertação, por interferirem diretamente na questão do controle do mosquito *aedes aegypti* transmissor da Dengue, entre outras doenças, como será apontado no capítulo 3.

E, por fim, o quarto item, de síntese, explicitará a perpetuação da urbanização excludente, demonstrando a preocupação por parte das autoridades apenas com as políticas de Estado visando a concentração e especulação imobiliária, com vistas ao lucro dos grandes empreendedores, deixando de fora a parcela pobre da população, mesmo que formalmente, com os mesmos direitos das classes abastadas, qual seja, o direito ao bem estar, a boa qualidade de vida.

1.1) A noção de cidade

A cidade do Rio de Janeiro, que ocupa a 45ª posição de IDHM (Índice de Desenvolvimento Humano Municipal), empatado com a cidade de Goiânia (Goiás), de acordo com o PNUD (Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento), divulgado com base nos dados de 2010¹, como tantas outras importantes metrópoles do mundo: atrai o turismo, sonhos de se viver nela, bem como interesses políticos e negócios no ramo imobiliário, atendendo, desta forma, à razão própria de ser e de existir de uma cidade contemporânea sob o capital.

Cabe aqui o entendimento de que a concepção de cidade é tão dinâmica como a sua própria existência. Assim, da cidade da antiguidade, tida com espaço de circulação de mercadorias, passando pela cidade industrial, que aponta para a produção em série em substituição ao trabalho simplesmente artesanal, até a cidade nos moldes capitalista (com suas divisões internas) desenhada no final da Idade Média, ocorrem mudanças no espaço urbano interior, passando de espaço comunitário para espaço privado, privativo. (ROLNIK, 2012).

Essa cidade se confunde com o desenvolvimento do próprio homem, que passa de camponês, dependente da terra, e dono de seus instrumentos de trabalho – típico da sociedade feudal – para assalariado, não mais proprietário de seus instrumentos de trabalho e, por conseguinte, dependente da venda da sua própria força de trabalho para sobreviver – típico da sociedade capitalista (Rolnik, 2012).

Para Harvey (apud MARICATO, 2013, p. 28), a formação da cidade enquanto espaço é, em verdade, espelho do que a comunidade quer ser. Por hipótese, nesse espaço, todos têm o direito de se fazer e refazer, bem como a sua cidade:

Temos de imaginar uma cidade mais inclusiva, mesmo se continuamente fracionada, baseada não apenas em uma ordenação diferente de direitos, mas em práticas político-econômicas. Direitos individualizados, tais como ser tratado com a dignidade devida a todo ser humano e as liberdades de expressão, são por demais preciosos para serem postos de lado, mas a estes devemos adicionar o direito de todos a adequadas chances de vida, direito ao suporte material elementar, à inclusão e à diferença. (...) Se nosso mundo urbano foi imaginado e feito, então ele pode ser reimaginado e refeito. (HARVEY, apud MARICATO, 2013, p. 33).

Nesta dinâmica, está implícito o jogo de poder das classes que se reflete na organização espacial, tal como se define na formação das cidades contemporâneas. Segundo Paul Singer (apud Monte-Mór, 2006):

(...) a cidade é o modo de organização (sócio) espacial que permite à classe dominante maximizar a extração regular de um mais-produto do campo e transformá-lo em garantia alimentar para a sua sustentação e para a de um exército que garanta a regularidade dessa dominação e extração. (PAUL SINGER, apud MONTE-MÓR, 2006, p. 11)

Como as classes dominantes trataram a ocupação espacial do Rio de Janeiro atendendo às necessidades de mobilidade e moradia de seus conviventes é precisamente o que se verá adiante. Em outras palavras,

Saber que tipo de cidade queremos é uma questão que não pode ser dissociada de saber que tipo de vínculos sociais, relacionamentos com a natureza, estilos de vida, tecnologias e valores estéticos nós desejamos. (...) A urbanização, portanto, sempre foi um fenômeno de classe, uma vez que o controle sobre o uso dessa sobreprodução sempre ficou tipicamente na mão de poucos [pense por exemplo num senhor feudal]. Sob o capitalismo, emergiu uma conexão íntima entre o desenvolvimento do sistema e a urbanização. (HARVEY, 2013, p.1).

Por isso, a cidade do Rio de Janeiro, que até 1960 gozava do status de capital do país, será em princípio organizada para atender às necessidades de mobilidade da família real e posteriormente às necessidades das classes abastadas, passando pela especulação imobiliária ávida por abocanhar as zonas mais cobiçadas, como as regiões central e sul do município – por serem centros financeiros e culturais.

1.2) A ocupação e urbanização da cidade do Rio de Janeiro

A urbanização é uma questão complexa em qualquer cidade do mundo e assim também aconteceu na cidade do Rio de Janeiro que, em princípio, não foi nem imaginada, nem projetada para servir a sua população, mas sim ao escoamento de mercadorias, tanto vindas do interior, quanto vindas da Europa. Para Benchimol (1992):

O primeiro grande impulso do Rio de Janeiro, em termos de vitalidade urbana, está articulado ao auge e decadência da mineração nas Gerais. Desde a construção do caminho novo, por Garcia Rodrigues Pais, no início do séc. XVIII, o Rio de Janeiro tornou-se o porto de escoamento da produção das minas e de importação das mercadorias estrangeiras destinadas aos populosos centros mineradores, no vasto território interiorano das Gerais. (BENCHIMOL, 1992, p. 21).

Desta forma, a concentração populacional deu-se no entorno da Baía de Guanabara, onde eram realizados os grandes negócios como compra e venda de mercadorias e escravos, bem como de outros menores, como a venda de doces e iguarias similares, além do excedente de produtos alimentícios diversos para a subsistência da população urbana.

A diversidade e a efervescência na faixa central da cidade era tão intensa quanto pitoresca, ao ponto de chamar a atenção de um pintor muito importante para os registros históricos deste período, Jean-Batiste Debret². As ilustrações abaixo são apenas algumas de suas inúmeras pranchas retratando o cotidiano das ruas do Rio de Janeiro à época colonial (Debret, apud, VALÉRIA, 2003, p. 373 e 374).



Figura 103: J. B. Debret. *Vendedor de arruda*, (detalhe) litografia, *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*, 3º tomo, prancha 6.



Figura 104a: J. B. Debret. *Vendedores de milho*, (detalhe) litografia, *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*, 2º tomo, prancha 20.



Figura 104b: J. B. Debret. *Vendedores de milho*, (detalhe) litografia, *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*, 2º tomo, prancha 20.



Figura 102: J. B. Debret. *Vendedor de flores, à porta de uma igreja, no domingo*, litografia, *Viagem Pitoresca e Histórica ao Brasil*, 3º tomo, prancha 6.

Ilustração 1 – “Pranchas de Debret”

Reiterando, o processo de ocupação no município do Rio de Janeiro se deu de acordo com as necessidades de escoamento de mercadorias, tanto de dentro para fora, como de fora para dentro, da então colônia portuguesa.

O capital mercantil, vinculado à metrópole, não tinha maiores compromissos com a cidade, exceto aqueles indispensáveis à circulação das mercadorias que por ela transitavam. Da riqueza ou do excedente gerado, permanecia na cidade colonial apenas o necessário para a manutenção das atividades auxiliares do comércio e do sistema fiscal de base urbana. (BENCHIMOL, 1992, p. 21).

Cabe ressaltar que o presente trabalho não tem a pretensão de aprofundamento da história da ocupação e urbanização da cidade do Rio de Janeiro, visto não ser este seu tema central. Contudo, ao se fazer o caminho histórico pelas ruas do Rio de Janeiro - da época colonial até o início da República, passando pelo império – o que se deseja é pontuar, em verdade, que a precariedade da infra-estrutura sempre esteve presente no cotidiano da cidade e que, esta cidade, ao longo destes períodos, não foi pensada como um lugar democrático para se viver e conviver.

Independentemente de um planejamento urbanístico, o crescimento populacional se fazia presente por conta da expectativa de uma vida melhor por parte daqueles que para a cidade acorriam, porém sem nenhuma reestruturação conforme o aumento da população.

Com relação ao crescimento populacional, Paixão (2013) aponta os seguintes dados:

A partir da segunda metade do XIX, a cidade do Rio de Janeiro apresentou um crescimento populacional constante e intenso: o censo de 1890 registrou 522.651; o de 1906, 811.443; e o de 1920 contabilizou 1.157.873 pessoas morando na cidade. Vários fatores contribuíram para este crescimento, dentre eles, o grande fluxo de imigração, tanto europeia como aquelas oriundas de outras cidades brasileiras. Com isso, ocorreu uma grande concentração das habitações coletivas nas freguesias centrais do Rio de Janeiro. Isso porque para a maioria da população estar mais próximo ao Centro da cidade era condição indispensável para a própria sobrevivência. (PAIXÃO, 2013, p. 122).

Portanto, diante destes pressupostos, não se pode, ou não se deveria, imputar a culpa dos problemas de sujeira, aglomeração populacional e insalubridade ao povo pobre que ocupava as vielas e os becos pútridos da região central da cidade, uma vez que nos raros momentos em que as autoridades se interessavam e buscavam infraestruturar o espaço urbano, o faziam de forma pontual.

Vem de longas datas a acusação de que primeiramente os escravos e depois a população pobre seriam os verdadeiros responsáveis pela situação de insalubridade da cidade do Rio de Janeiro, conforme Sidney Chalhoub³ (2006).

Para elaborarmos a articulação entre saúde, urbanização e classes sociais na história do Rio de Janeiro, é fundamental, portanto, visitarmos esta obra. De acordo com Soihet (1999),

Chalhoub, argutamente, vai obtendo as chaves que lhe permitem reconstruir, passo a passo, o movimento decorrente da instauração das crenças que justificaram a derrubada dos cortiços e o conseqüente afastamento dos pobres das áreas centrais da cidade – a identificação das “classes pobres” como “classes perigosas” constituir-se-ia na primeira delas. Os higienistas alegavam que a promiscuidade presente nos cortiços era um perigo para a ordem pública e que tais habitações coletivas eram focos de irradiação das epidemias e fértil terreno para a propagação dos vícios. Os objetivos dos médicos foram em boa parte alcançados graças: 1) ao surgimento de uma ideologia da higiene, legitimadora daquelas medidas; 2) à aliança com os grupos empresariais, ansiosos por se aproveitarem das novas oportunidades de investimento, e 3) ao fato de a Inspetoria de Higiene alcançar, após a República, um poder total, pois de suas decisões nenhum recurso podia ser interposto. Outra das crenças então veiculadas era a de que a “neutralidade científica”, se combinada à “competência”, conduziria o país à “civilização”. Nesse sentido, os higienistas, do alto de seu saber, julgavam-se no direito de decidir os destinos da população pobre do Rio de Janeiro. (SOIHET, 1999, p. 184-5):

Assim, Chalhoub oferece ma análise minuciosa da relação entre territorialização urbana, classes sociais, política e, por fim, concepções sobre o processo saúde-doença ao discutir a questão do combate à Febre Amarela e à Varíola no Rio de Janeiro. O autor coloca ironicamente que, quanto à Febre Amarela,

(...), havia o desconhecimento, pela ciência médica do período, do modo de transmissão da febre amarela. Enquanto infeccionistas e contagionistas permaneciam gritando uns com os outros – a própria Junta Central de higiene estava dividida no início dos anos 1850 –, os mosquitos continuavam a escolher, segundo critérios próprios, as vítimas de suas refeições sangrentas, e assim confundiam inteiramente as evidências científicas dos contendores. Na confusão reinante entre os médicos, era difícil que mesmo higienistas de posição moderada e conciliatória – como Pereira Rego e Paula Candido – conseguissem convencer congressistas e governo a aprovar fundos para a execução das medidas sanitárias recomendadas pela Junta de Higiene. (CHALHOUB, 2006, p. 68).

O referido autor chega, inclusive, a tratar com certo humor as tentativas, de duvidosa eficácia, de afastar os males da febre amarela:

A página do *Jornal do Commercio* andava repleta de originalidades. Um fabricante anunciava charutos contra a febre amarela, e explicava o segredo de sua eficácia: “Acendendo um fósforo, o enxofre destrói os miasmas, o charuto faz cuspir a bilis”. Havia o comerciante que colocava à venda um colchão de clina vegetal, bom preventivo contra a febre reinante porque não possibilitava “a concentração de miasmas”. Outro anunciava a “água e óleo da Rainha”, composição infalível para o crescimento de cabelos, bigodes etc., e também “um preservativo infalível contra a febre amarela”! Dessa vez, não há sequer explicação sobre como se operava o milagre. (CHALHOUB, 2006, p. 70, Grifo do autor).

Humores à parte, era grande a preocupação do governo em debelar estas doenças, já que ninguém estava livre de contraí-las, como se pode constatar no seguinte fragmento:

(...); permanece válida, contudo, a observação de que raramente um escravo ou liberto figurava nas longas listas de vítimas fatais da peste. A população branca – segundo os relatos de época, sobretudo as pessoas que se encontravam na capital

vindas das províncias do interior – e mormente os imigrantes foram aqueles que mais sofreram com a tragédia em termos de perdas de vidas humanas. (CHALHOUB, 2006, p. 71).

Ainda, segundo Chalhoub (2006, p.72 a 77), era muito discutida a hipótese de a febre amarela estar intimamente ligada ao tráfico negreiro, havendo verdadeiros estudos científicos voltados para o assunto em que médicos, entre outros especialistas, exortavam as autoridades brasileiras a extinguirem o tráfico, para, desta forma, conseguir-se erradicar a doença que a tantos matava, principalmente os estrangeiros. Ademais, identificava-se nos miasmas, vinculados a situações de miséria, a origem da doença:

A identificação dos cortiços como os focos geradores dos germes da febre amarela foi fato de enorme significado simbólico e político. (...) na segunda metade do século XIX, a tendência era considerar como tal qualquer habitação que, segundo os padrões instáveis dos sanitaristas, fosse vista como imunda e apinhada de gente. Na realidade, logo que concluíram que a febre amarela era originária dos cortiços, os higienistas iniciaram a luta para ampliar ao máximo a abrangência do conceito de cortiço. Acabaram descobrindo que o mal infestava toda a área central da cidade, e passaram a defender planos de transformação radical do espaço urbano – para o bem da “saúde pública” e, como se revelou, para o prazer de certos investidores. A idéia era evitar a continuidade da produção de emanações miasmáticas; quando tal objetivo parecia impossível, tentar-se-ia ao menos dispersar o veneno através da abertura de ruas e avenidas bem largas. Quanto aos cortiços, (...), o sonho era demoli-los a todos. (CHALHOUB, 2006, p. 88).

Com relação aos surtos de varíola, os culpados iniciais permanecem os mesmos, conforme explicitado abaixo:

Pereira Rego, o mais importante higienista e historiador da saúde pública no Brasil do século XIX, associa sistematicamente a ocorrência de varíola na cidade às condições do tráfico negreiro. Para Rego, por exemplo, a única explicação possível para o fato de a varíola ter se ausentado da Corte por quatro anos seguidos, no início dos anos 30, era a cessação temporária do comércio negreiro em virtude da lei de abolição do tráfico em 1831. Por outro lado, o retorno violento das bexigas em 1834 e a repetição de epidemias em 1835-6 e 1838-9 seriam resultado direto da retomada do tráfico, agora ilegal, pois “que muitos africanos aqui chegados com o flagelo, como tivemos ocasião de ver, eram clandestinamente introduzidos para o seio da população, ou alojados em depósitos nos subúrbios da cidade”. (CHALHOUB, 2006, p. 109).

A relação direta entre o tráfico negreiro e as epidemias de varíola no município ficou, inclusive, constatada, já que estudos demonstravam surtos de varíola no Brasil justamente nos mesmos períodos em que ocorriam em determinadas regiões africanas de onde eram exportados os negros.

A grande preocupação das autoridades era a de então imunizar os negros recém-chegados à colônia e, desta forma,

(...) atenua-se a cadeia de transmissão de varíola para os locais de destino desses africanos. A diferença estaria na prática de vacinar os negros novos quando de sua

chegada, o que nem sempre poderia evitar a importação da moléstia, mas certamente diminuía o número de pessoas suscetíveis de contraí-la e transmiti-la nas semanas seguintes. (CHALHOUB, 2006, p. 110).

Porém, ao longo do tempo, a eficácia da vacinação foi contestada por diversos motivos elencados por Chalhoub (2006, p. 125, 130 e 136), que não serão listados no presente trabalho, por conta de não serem pertinentes aos seus objetivos. Então, o que chama atenção é que mesmo as autoridades da época também deixam de se importar com os surtos de varíola por esta não assolar os imigrantes, como a febre amarela, mas, sim, os negros escravos e os muitos pobres moradores e residentes nas regiões de periferia.

De outra forma, muitos imaginavam que, na verdade, a varíola era uma artimanha de médicos “quase todos brancos” para acabar com os negros e pardos da colônia. Havia ainda a crença religiosa por parte de muitos africanos de que a varíola era manifestação do orixá Omolú em ato de amizade ao se apossar do indivíduo em forma da doença e, por isso, grande parte da classe pobre era contra a vacinação da varíola por acreditar que a não permissão à manifestação do orixá só poderia trazer mais doenças e mortes (CHALHOUB, 2006, p.145). E, assim, ao longo do período monárquico, havia a convivência entre a medicina oficial e curandeiros de toda a sorte a buscar a cura da varíola, cada um do seu jeito. Portanto,

É uma dessas ironias da história o fato de que a elaboração, por parte de alguns críticos do regime monárquico no século XIX, da versão de que teria havido mais tolerância com as diferenças culturais durante o período imperial tenha se transformado em peça de propaganda de apologistas da monarquia no século XX. É inevitável constatar mudanças estruturais profundas nas políticas de domínio sobre os trabalhadores no Brasil das últimas décadas do século XIX, mas é preciso muita ginástica intelectual e retórica barroca para descrever como “tolerante” uma classe dominante que escravizava, intimidava e torturava tanto quanto a classe dos escravocratas brasileiros. O que há, na realidade, (...) é um reordenamento estrutural nas políticas de dominação e nas relações de classe: institui-se o novo lugar da luta de classes, engendram-se os novos significados sociais gerais norteadores dos conflitos sociais. (CHALHOUB, 2006, p. 183-4).

E, com isso, Chalhoub (2006) deixa explicitado, em seu trabalho, a percepção de que sempre esteve presente nas políticas públicas de saúde a culpabilização dos pobres pelos problemas de higiene e precariedade das condições de vida nos espaços urbanos, produzindo teorias sobre o processo saúde-doença e justificando a reorganização do tecido urbano.

Dentro desta perspectiva, fica assim o quadro de formação dos elementos pertencentes à cidade, quais sejam: de um lado, as classes dominantes e o Estado, responsáveis pela ordem pública e manutenção do mínimo necessário das normas de convivência coletiva, e, do outro lado, as classes pobres. É proposital esta ordem, uma vez que, através dos autores apontados ao longo deste trabalho, fica bem clara a permanência das classes populares às margens dos

benefícios sociais, de segurança e de melhorias estruturais dos espaços urbanos, assim como de sua culpabilização na disseminação e origem de doenças.

Chalhoub (2006) faz uma contundente colocação referente ao que subjaz, em verdade, nos diversos projetos de urbanização da cidade do Rio de Janeiro, entre fins do século e XIX e início do XX:

A superação das práticas de rotina da dominação senhorial foi vivida com ambigüidade pela população pobre do Rio: o desmoronar da escravidão e da política de produção de dependentes foi em grande parte obra deles, escravos e homens livres pobres; mas a vitória se seguiu a experiência histórica da derrota de qualquer perspectiva de mudança na lógica perversa de uma sociedade cujo sentido essencial continuava a ser a naturalização das diferenças e a reprodução das relações sociais desiguais. Ao contrário, dos amos e senhores às diligências policiais, dos escravos às “classes perigosas”, do domínio senhorial da coisa pública à coisa pública dominada pelo racismo científico, o que se via era a construção da nova arena de luta de classes, a invenção dos novos significados sociais gerais que iriam instituir o lugar dos conflitos numa sociedade sem mudança. (CHALHOUB, 2006, p. 179).

Francisco de Paula Rodrigues Alves, que exerceu o quarto período de governo republicano, entre 1902 e 1906, promoveu, no período posterior ao colonial-escravista, a primeira mudança significativa na paisagem do município, lançando mão inclusive de lei, conforme o Decreto 391 de 10 de dezembro de 1903 “(...) para que Pereira Passos pudesse levar adiante seu plano de reforma da cidade.” (RIBEIRO, 1997, p. 213). Assim, na onda urbano-higienista do início do século XX:

A administração de Francisco Pereira Passos, de 1902 a 1906, foi incumbida de promover uma grande reforma na cidade do Rio de Janeiro. Esta reforma, a primeira das grandes reformas urbanas realizadas no Rio de Janeiro, iniciou a questão da intervenção do Estado no espaço urbano. A grande proposta dessa reforma foi a alteração do uso do espaço urbano. Antes dela, a cidade do Rio de Janeiro havia crescido sem uma ordenação específica e apresentava pouca diferença entre o espaço do trabalho e o espaço de moradia. A reforma de Passos alterou profundamente a relação entre o espaço urbano e o seu uso específico, e objetivava transformar o Centro da cidade, até então um local de grande concentração tanto comercial como residencial. Um dos principais objetivos da reforma de Pereira Passos fora exatamente separar esses espaços, tanto para controlar o seu uso como para separar as classes sociais. Para tal, Pereira Passos delegou os bairros do Centro para a produção e circulação financeira, os novos bairros da Zona Sul para os ricos e os novos bairros do subúrbio para os pobres. (PAIXÃO, 2013, p. 122).

Ainda com relação à reforma ocorrida no centro da cidade, Paoli (2013) ressalta que a preocupação não era só com a higienização, mas também com o embelezamento efetivo do centro da cidade:

O conjunto das obras projetadas iria atingir profundamente o Centro da cidade, a área que concentrava os principais serviços e negócios, mas também a área de formação mais antiga, cujo traçado viário provinha do período colonial e não havia sofrido modificações substanciais desde então, apesar dos planos urbanísticos e dos numerosos projetos de alargamento de ruas elaborados ao longo do século XIX, mas nunca realizados. Além do traçado viário, considerado inadequado para a circulação do ar e do tráfego, o discurso técnico da época condenava as velhas edificações da cidade, dotadas de alcovas, cômodos de dormir que não recebiam ar nem luz diretamente do exterior. As alcovas foram consideradas o grande vilão da insalubridade daquelas edificações. Por este motivo, uma das principais justificativas das reformas urbanas foi a necessidade de sanear a massa edificada da cidade, o que deveria ser obtido com a demolição das casas mais antigas e sua substituição por edificações modernas. (PAOLI, 2013, p. 17).

Neste ponto, a autora explicita que, na década de 1980, eram comuns os estudos que privilegiavam, sempre, como causa da demolição das casas no centro da cidade a existência dos cortiços e das casas de cômodo insalubres e fétidas, se fazendo necessárias, então, obras de saneamento, reproduzindo uma espécie de “história oficial” do Rio de Janeiro que apaga a luta de classes em torno do território urbano. Assim, Paoli (2013) afirma que:

(...) em diversos escritos que integram a historiografia da década de 1980, também pode ser observada a presença da nítida contraposição entre um momento velho e um novo, a narrativa de uma transformação total da área do Centro da cidade, por obra das reformas urbanas. Apesar da crítica social aqui contida, a *estrutura* destes discursos seria muito próxima a daqueles que defenderam as reformas em seu tempo. A principal diferença está na *atribuição de valor* que eles fazem às reformas urbanas, e não propriamente na *forma*. Por outro lado, é importante notar o esquematismo desta construção teórica, a bipolaridade que ela traz consigo, reduzindo as inúmeras leituras possíveis da cidade a duas imagens estáticas, como quadros. Estas imagens estavam atreladas a uma estratégia discursiva precisa, da qual os reformadores lançaram mão para justificar as obras (reproduzida pela historiografia da década de 1980 porque adequada aos seus objetivos de crítica social). (PAOLI, 2013, p.20).

Ainda, outra reforma da cidade com o argumento de embelezamento e saneamento ocorre pouco tempo depois do mandato de Pereira Passos:

O início da década de 1920 também foi marcado por uma vasta discussão em torno da imagem internacional da cidade devido a dois grandes episódios: a visita do rei Alberto e da rainha Elisabeth, monarcas belgas, marcada para setembro de 1920, e a comemoração do Centenário da Independência do Brasil, em 1922. Esses dois eventos trouxeram uma grande preocupação para as autoridades e para a imprensa de modo geral. Como o Rio de Janeiro, e por consequência o Brasil, seriam vistos e avaliados pelas autoridades internacionais e, por conseguinte, pelos investidores estrangeiros era a grande discussão nesse período. (...) Quando Carlos Sampaio assumiu a Prefeitura da cidade, encarregado pelo presidente Epitácio Pessoa de preparar a cidade para os dois grandes eventos, preocupou-se exclusivamente em arrumar uma de suas partes mais nobres: a Cinelândia. (PAOLI, 2013, p. 123).

Assim, nesta nova investida de urbanização, na década de 1920, o projeto urbanístico é pensado com concentrada atenção ao ponto onde se localizava o morro do Castelo, pois que, conforme ressalta Paixão (2013, p. 120), era lá que se “(...) concentrava as principais atividades políticas, econômicas e culturais da Corte.” E ainda:

A defesa do desmonte do morro do Castelo fortemente assumida pelas elites, e sua visão denegrada de seus moradores, faz concluir que tanto o Estado, neste trabalho explicitado através da ação da administração municipal e da polícia, como as classes favorecidas social e economicamente, como a dos engenheiros, condenaram o morro e seus moradores a não fazerem parte da nova cidade em construção: moderna e preparada para o progresso. (PAOLI, 2013, p. 136).

Então, por conta da urbanização do centro da cidade, a população pobre aí residente foi naturalmente empurrada para o interior onde permanecia o quadro de precariedade da infra-estrutura. Ocorreu, assim, a urbanização da cidade em seus pontos centrais para atender os setores abastados da sociedade fluminense num processo de ruptura com as doenças e falta de higiene nestes locais e legitimando o processo de continuidade da falta de esgotamento, fornecimento de água potável, entre outros elementos importantes para uma boa qualidade de vida para a população pobre, como bem nos aponta Ribeiro (1997):

(...) piora nas condições de moradia das “classes pobres” da cidade. Deslocadas do centro, elas irão aumentar a densidade de ocupação das casas-de-cômodos existentes nas zonas contíguas ao centro, (...). Por outro lado, surgem já desde o início do século XX as moradias precárias, autoconstruídas em terrenos vagos no centro da cidade, que aumentarão no decorrer dos anos e formarão os conjuntos de habitações chamados *favelas*. (RIBEIRO, 1997, p. 217).

Então, é assim que ocorre o processo de urbanização da cidade do Rio de Janeiro. A especulação imobiliária e a pressão das classes dominantes a fim de afastar os pobres da região central da cidade foi um processo longo e lento, com objetivos claros, porém distintos dos anseios do povo: o de uma vida melhor por viver na capital da República. A afirmação de que a pobreza provocava epidemias, e, por conseqüência, muitas mortes, servia apenas para justificar a derrubada dos casebres e cortiços e esconder o abandono social sofrido pela população da cidade do Rio de Janeiro naquele período, assim como os processos de valorização territorial no espaço da cidade.

1.3) Água, esgoto e lixo: uma estruturação excludente

A par e passo com a questão da urbanização em si, como já visto – excludente - caminham a precariedade do sistema de abastecimento de água, do sistema de esgotamento e da coleta de lixo. Benchimol (1992, p.65-66) nos dá conta de que as formas de abastecimento

de água no município do Rio de Janeiro vão desde a construção de poços d'água – feitos por Estácio de Sá, fundador da cidade do Rio de Janeiro - até a utilização de chafarizes públicos, passando pela distribuição de água com carroças puxadas por burros, chegando mesmo, após a abolição da escravatura, a ocorrer a utilização de um sistema de água encanada por tubos de ferro. Este sistema, importado da Inglaterra, guarnecia as zonas centrais da cidade, mas era insuficiente.

Já em 1870, andava o Imperador D. Pedro II às voltas com a escassez de água para abastecimento das residências dos munícipes, por se ter verificado uma expansão imobiliária significativa. (RIBEIRO, 1997, p. 218). Neste período, torna-se grande a pressão para que a água deixasse de ser comunitária – poços e chafarizes públicos – para transformar-se em serviço prestado pelo Estado com preços variáveis de acordo com a situação financeira do consumidor, bem como o fim a que se destina, como os hospitais, entidades filantrópicas e os muito pobres. (BENCHIMOL, 1992, p. 69-70).

Em 1880 foi inaugurada a rede de água encanada na cidade, porém se “a rede de distribuição a domicilio era um índice da "modernização" da cidade, o número também crescente de habitantes excluídos do acesso a esse gênero vital constituía um indicador da qualidade social dessa modernização” (BENCHIMOL, 1992, p. 72), uma vez que inúmeros moradores de estalagens e cortiços continuavam a andar longas distâncias para conseguir água para consumo.

Em 1889, por conta de uma grande epidemia de Febre Amarela, ocorre um congresso de saúde no qual são recomendadas, dentre outras, as seguintes medidas:

a) Criação de uma autoridade executiva do saneamento do Rio de Janeiro, auxiliada por um Conselho de médicos e engenheiros, para a execução das medidas mais urgentes de saneamento, dentre as quais:

- drenagem e aterro dos terrenos baixos e alagadiços;
- abastecimento de água potável;
- regularização dos rios;
- conservação das florestas;
- sindicância no sistema de esgotamento da cidade explorado pela City;
- destruição do lixo removido da cidade;
- calçamento e lavagem cotidiana das ruas.

(...) c) Saneamento das habitações (...) auxílio às empresas que se organizassem para construção de habitações para a “classe pobre”. (RIBEIRO, 1997, p. 212).

Não só o abastecimento de água é um problema para os administradores da cidade do Rio de Janeiro: a estruturação da rede de esgoto é outro desafio que o crescimento desordenado da população impõe aos seus governantes. De acordo com Benchimol (1992):

Até meados do século XIX, os esgotos da cidade do Rio de Janeiro eram despejados nas valas ou praias, por meio de barris transportados por escravos, os soturnos "tigres", que percorriam as ruas com sua carga repugnante, tarde da noite. Numerosas valas a céu aberto rasgavam a cidade velha em várias direções. Recolhiam grande parte das imundícies daquela populosa área, transformando-se em focos de perene infecção e insalubridade. Outras formas comuns de esgotamento, igualmente condenadas pelos médicos higienistas, eram as fossas e sumidouros, encontrados especialmente nos arrabaldes do Rio de Janeiro. (BENCHIMOL, 1992, p. 74).

Assim como a questão do abastecimento de água sempre esteve aquém das necessidades dos moradores da cidade, o problema no sistema de esgoto recalcitrava do mesmo modo. A rede de abastecimento de água, mesmo sendo uma prestação de serviços do Estado, foi implementada por uma empresa privada. E a rede de esgoto na então capital do país também foi entregue à exploração de empresa privada, no caso a Companhia The Rio de Janeiro City Improvements criada pela bancária inglesa Glenn and Mills (BENCHIMOL, 1992, p. 73).

No início do período republicano, o Rio de Janeiro já contava com mais de 60% de seus imóveis com sistema de esgoto devidamente encanado a despeito das reclamações feitas contra a empresa responsável pelo serviço de saneamento. Porém, a política urbana excludente habitual se fazia notar:

A Gávea é um bom exemplo: a Rua Marques de São Vicente está, na virada do século, ladeada por habitações de funcionários públicos, pequenos comerciantes etc., que representavam setores sociais médios; além dessas habitações existiam algumas chácaras da população abastada. De acordo com o censo de 1890, residia na Gávea cerca de 1% da população da cidade. Esta população já estava perfeitamente servida pelos transportes coletivos (bondes), rede de esgotos e outros serviços públicos.

.....

(...) outras áreas sensivelmente mais populosas como Inhaúma cerca de 3,5% da população), Campo Grande (cerca de 3% da população) e Santa Cruz (cerca de 2.5% da população), não recebiam quaisquer destes serviços. (ASSISTÊNCIA MÉDICA, apud Benchimol, op.cit. p. 75).

Já em 2007, a Lei federal de número 11445 normatiza o saneamento básico no país. De acordo com esta lei, todos têm direito de acesso aos serviços de saneamento básico, de modo a alcançar boa saúde e qualidade de vida no que tange a segurança e normas de higiene.

Então, torna-se relevante refletir que não se trata de uma negação à urbanização, e sim de pensar que, no Rio de Janeiro, houve uma urbanização que contemplou a particularidade perdendo de vista a cidade e sua população com um todo.

Já no período colonial, a Comissão da Carta Cadastral explicita:

Certamente não basta obtermos água em abundância e esgotos regulares para gozarmos de uma perfeita higiene urbana. É necessário melhorar a higiene domiciliar, transformar a nossa edificação, fomentar a construção de prédios modernos e este desideratum somente pode ser alcançado rasgando-se na cidade algumas avenidas, marcadas de forma a satisfazer as necessidades do tráfego urbano e a determinar a demolição da edificação atual onde ela mais atrasada e mais repugnante se apresenta. (MELHORAMENTOS, apud Benchimol, 1992, p. 235)

Verifica-se, que, neste período, a perspectiva de mudanças gira sempre em torno da questão do alargamento de ruas com conseqüente melhoria na circulação e desafogamento do centro da cidade, através da retirada dos prédios e das residências sujas e pobres, sem considerar outras possibilidades, como dar condições aos moradores locais de higienizar e melhorar sua qualidade de vida (BENCHIMOL, 1992, p. 284-5).

Outra questão que merece destaque é o aspecto cultural, ou seja, a norma de não indagar como a população pensa a relação saúde-doença ligada à questão da higienização. E, ainda, discutir como a limpeza pode influenciar no embelezamento e na melhor comunicação entre os espaços dentro da cidade, que é um lugar de trocas e, portanto, agregadora dos diversos grupos com “(...) diversificados padrões familiares, sem falar nos níveis sociais que, (...) expressam de maneira mais ou menos clara a sua diversidade, mormente quando enquadrados em espaços segregados pela própria distribuição imobiliária.” (BARROS, 2012, p. 90).

Igualmente, como a estruturação do abastecimento de água e esgoto, a coleta de lixo também enfrentou dificuldades na sua implementação. O Portal da Comlurb (ASSEIOMRJ, 2014) dá conta que “Em 1760, a cidade chegava aos 30 mil habitantes. Nesta época, atirava-se lixo por todas as partes. Aqueles residentes próximos ao mar o jogavam na praia e os moradores vizinhos às lagoas, pântanos, ou rios, ali mesmo faziam seus despejos.”

Ainda de acordo com o referido Portal, diversos projetos visando à limpeza e higienização da cidade foram propostos, porém todos foram indeferidos pelo governo. Somente em 1885:

(...) o governo resolve contratar, provisoriamente, Aleixo Gary para o serviço de limpeza das praias e remoção do lixo da cidade para Ilha de Sapucaia, localizada no bairro chamado Caju. Aproveitando-se das circunstâncias, Gary tentou, com uma proposta, concentrar todo o conjunto de atividades da limpeza - logradouros, remoção do lixo das casas particulares, praias e transporte do lixo para Sapucaia - em suas mãos, isto é, monopolizar o setor. (...) Mas, sua proposta não teve sucesso, sendo recusada pelo governo. (...). (ASSEIOMRJ, 2014).

Assim, do uso dos conhecidos tigres (EIGENHEER, 2014. p. 91), conforme ilustração na página 32, passando pela utilização precária de empresas particulares coletoras de lixo no

período imperial, até hoje, o Rio de Janeiro, com seus 6.320.446 de habitantes, de acordo com dados do IBGE de 2010 (IBGE, 2014) e população estimada para 2013 de 6.429.923 (IBGE, 2014) ainda sofre com a forma incorreta de coleta de lixo domiciliar. De acordo com Eigenheer:

(...) no Rio de Janeiro, procurou-se introduzir, ao longo do século XX, novidades técnicas no tratamento de lixo. Inicialmente se buscou a alternativa da incineração e, posteriormente, das usinas de triagem e compostagem. Estas procuram aproveitar a parte orgânica para compostagem, e outra para reciclagem. Entretanto, após serem misturadas na fonte e no processo de coleta, fica difícil obter-se materiais de boa qualidade. Além disso, é grande a quantidade do refugo. (...)

A questão da destinação final continua precária em quase todo o país. Cerca de 50% do lixo gerado vai ainda para os vazadouros.

(...) prática tem enfatizado mais a separação prévia de materiais destinados à reciclagem industrial (na tradição dos catadores), e menos a compostagem da fração orgânica do lixo. (EIGENHEER, 2014, p. 102-3).

Desta forma, tanto nos quintais das residências como nos locais de despejo do lixo doméstico, em sua maioria a céu aberto, os diversos tipos de vasilhames conhecidos no Controle de Endemias como depósitos servíveis e inservíveis ficam vulneráveis ao acúmulo de água de chuva e de uso, propiciando assim a proliferação do mosquito transmissor da Dengue e outras doenças transmitidas pelo *aedes aegypti*.⁴



Ilustração nº 2: - Rugendas, Chafariz no Rio de Janeiro, século XIX.



Ilustração nº 3: - “Tigre”. (s/ref.).

Conforme dito anteriormente, a população oficial do Rio de Janeiro, num total de 6.320.446 de habitantes, se concentra em algumas áreas do total de 1.200,278 km² de extensão que possui a cidade (IBGE, 2014). Assim, observa-se através das tabelas abaixo⁵ como se distribui esta população e de que forma a mesma é atendida quanto ao sistema de saneamento básico:

TOTAL DE DOMICÍLIOS NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.

Domicílios particulares permanentes ocupados	2.146.322	Unidades
Domicílios particulares permanentes ocupados em aglomerados subnormais	426.965	Unidades
(Fonte: IBGE, 2010).		TABELA 1.

FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES EXISTENTES NOS AGLOMERADOS SUBNORMAIS.

Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Água da chuva armazenada de outra forma	45	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Água da chuva armazenada em cisterna	146	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Carro-pipa	42	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Outra	6.419	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Poço ou nascente fora da propriedade	5.083	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Poço ou nascente na propriedade	3.401	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Rede geral de distribuição	411.152	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Forma de abastecimento de água - Rios, açudes, lagos ou igarapés	191	Unidades
(Fonte: IBGE, 2010).		TABELA 2.

FORMA DE ABASTECIMENTO DE ÁGUA NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES.

Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Água da chuva armazenada de outra forma	99	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Água da chuva armazenada em cisterna	374	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Carro-pipa	296	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Outra	10.634	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Poço ou nascente fora da propriedade	8.642	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Poço ou nascente na aldeia	-	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Poço ou nascente na propriedade	12.258	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Rede geral	2.111.537	domicílios
Domicílios particulares permanentes - abastecimento de água - Rio, açude, lago ou igarapé	605	domicílios

(Fonte: IBGE, 2010).

TABELA 3.

TIPOS DE ESGOTAMENTO NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES - AGLOMERADOS SUBNORMAIS.

Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Fossa rudimentar	5.971	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Fossa séptica	11.248	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Não tinham banheiro ou sanitário	833	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Outro tipo	2.584	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Rede geral de esgoto ou pluvial	362.551	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Rio, lago ou mar	16.874	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Tipo de esgotamento sanitário - Vala	26.418	Unidades

(Fonte: IBGE, 2010).

TABELA 4.

TIPOS DE ESGOTAMENTO NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES.

Domicílios particulares permanentes - Não tinham banheiro nem sanitário	1.639	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio	2.117.207	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio - esgotamento sanitário - fossa rudimentar	22.495	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio - esgotamento sanitário - fossa séptica	84.588	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio - esgotamento sanitário - outro	5.282	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio - esgotamento sanitário - rede geral de esgoto ou pluvial	1.928.949	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio - esgotamento sanitário - rio, lago ou mar	29.691	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com banheiro - de uso exclusivo do domicílio - esgotamento sanitário - vala	46.202	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com sanitário	25.599	domicílios
Domicílios particulares permanentes-com sanitário-esgotamento sanitário - fossa rudimentar	417	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com sanitário - esgotamento sanitário - fossa séptica	637	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com sanitário - esgotamento sanitário - outro	634	domicílios
Domicílios particulares permanentes – com sanitário - esgotamento sanitário - rede geral de esgoto ou pluvial	21.013	domicílios
Domicílios particulares permanentes-com sanitário-esgotamento sanitário - rio, lago ou mar	891	domicílios
Domicílios particulares permanentes - com sanitário - esgotamento sanitário - vala	2.007	domicílios

(Fonte: IBGE, 2010 com adaptações).

TABELA 5.

FORMA DE DESTINAÇÃO DO LIXO NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES EXISTENTES NOS AGLOMERADOS SUBNORMAIS.

Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Coletado diretamente por serviço de limpeza	251.851	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Coletado em caçamba de serviço de limpeza	163.552	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Enterrado	23	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Jogado em rio, lago ou mar	418	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Jogado em terreno baldio ou logradouro	9.029	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Outro destino	370	Unidades
Domicílios particulares permanentes em aglomerados subnormais - Destino do lixo - Queimado	1.236	Unidades

(Fonte: IBGE, 2010).

TABELA 6.

FORMA DE DESTINAÇÃO DO LIXO NOS DOMICÍLIOS PARTICULARES PERMANENTES

Domicílios particulares permanentes - destino do lixo -Coletado por serviço de limpeza	1.824.785	domicílios
Domicílios particulares permanentes - destino do lixo - Coletado em caçamba de serviço de limpeza	303.605	domicílios
Domicílios particulares permanentes - destino do lixo - Jogado em rio, lago ou mar	550	domicílios
Domicílios particulares permanentes - destino do lixo - Outro destino	717	domicílios
Domicílios particulares permanentes - destino do lixo - Queimado (na propriedade)	2.833	domicílios
Domicílios particulares permanentes - destino do lixo -Enterrado (na propriedade)	98	domicílios
Domicílios particulares permanentes - destino do lixo -Jogado em terreno baldio ou logradouro	11.857	domicílios

(Fonte: IBGE, 2010).

TABELA 7.

A partir destas informações, de acordo com os dados oficiais, e tendo em vista que os 2.146.322 domicílios particulares permanentes existentes nas áreas urbanizadas abrigam em torno de 4.895.274 habitantes e que o município conta com 763 unidades de aglomerados subnormais com um total de 426.965 domicílios que abrigam 1.393.314 habitantes, pode-se chegar à seguinte conclusão quanto à estruturação do saneamento básico no período pesquisado pelo IBGE:

1. Média de moradores existentes nos dois tipos de domicílios: ÁREA URBANA – 2,28 moradores por residência / AGLOMERADOS SUBNORMAIS – 3,26 moradores por residência;
2. Percentual de habitantes que não tem acesso à água devidamente encanada ou ligada à rede geral de fornecimento de água potável – 1,97%;
3. Percentual de habitantes que não possui acesso ao correto esgotamento, portanto não ligado à rede geral de esgoto – 10,13%;
4. Percentual de habitantes que não possuem acesso à correta coleta de lixo - 1,15%.

O item número 1 do demonstrativo acima aponta que, em termos de população total, existe um maior número de pessoas residentes em área urbana, mas na relação DOMICÍLIO – NÚMERO DE MORADORES existe um maior número de moradores por residência nas áreas consideradas, de acordo com o IBGE; como aglomerados subnormais. Porém, este dado não muda muito o quadro estatístico final, pois, conforme constatado através das tabelas apresentadas anteriormente, a precariedade de saneamento básico está presente tanto nas áreas efetivamente consideradas “precárias” quanto nas áreas nomeadas “urbanas”.

Os dados referentes ao encanamento de água e esgoto, bem como da coleta de lixo, apontam ainda existe um longo caminho a percorrer no que diz respeito ao saneamento básico no município do Rio de Janeiro, uma vez que a Lei de saneamento, nº 11445 de 05/01/2007, em seu artigo 3º preconiza que:

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - saneamento básico: conjunto de serviços, infra-estruturas e instalações operacionais de:

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;

b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;

c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infraestruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

Assim, do ponto da resolatividade, não adianta apenas setorizar o espaço geográfico como urbano ou subnormal e não efetivar a implantação de infraestrutura. Verifica-se que a setorização, muito mais do que estrutura para melhorias, traz o conhecimento das áreas passíveis de especulação imobiliária, conforme nos aponta Ribeiro (1997):

Tomando agora os dados referentes à área lançada à comercialização, (...), verificamos um extraordinário movimento de expansão entre 1980/1982. Entretanto, (...), não se trata de uma simples retomada da expansão, mas uma transformação no padrão de incorporação, produzida pelas alterações da sua outra dimensão: a diferenciação do espaço. Com efeito, trata-se agora de gerar novas bases materiais e simbólicas para o sobrelucro de localização, o que será conseguido pela expansão das fronteiras e pela abertura de uma frente de expansão do capital de incorporação, através de um novo produto. De um lado, pelo *transbordamento* em direção à zona norte e a alguns subúrbios, de outro, pelo novo produto: a Barra da Tijuca e os condomínios fechados. (RIBEIRO, 1997, p 310-11).

Assim, não há como se pensar urbanização e desenvolvimento social afastado da visão do todo e de todos os munícipes, independente de sua posição social. O próprio questionário do IBGE é por si só excludente, pois, no quesito “esgotamento” – diferentemente dos domicílios particulares permanentes das áreas urbanas, em que é indagado a existência de banheiro ou somente sanitário – se o imóvel está situado em área considerada Aglomerado Subnormal, a questão se refere tão somente ao esgotamento sanitário, como se nas comunidades nenhuma residência possuísse banheiro.

Então, a questão do saneamento básico, e não somente a prevenção ao mosquito da Dengue, torna-se uma questão de todos. Principalmente, deve ser observado que o *aedes aegypti* (vetor do dengue, zika e chikungunya) é um inseto alado, e, portanto, voa. Assim, o esgoto a céu aberto, o lixo pelo meio da rua, a água guardada em tonéis por conta da precariedade no abastecimento podem ficar confinados em tais ou quais áreas da cidade, mas o mosquito pode picar qualquer um.

1.4) A questão da urbanização no século XXI

Conforme observado, nos itens primeiro e segundo deste capítulo, as propostas de urbanização encaminhadas entre fins do século XIX e início do século XX foram, na ação dos urbanistas e sanitaristas, alicerçadas no interesse comercial e na gestão dos conflitos de classe.

Contudo, mais recentemente, um novo processo de reurbanização esteve presente na agenda de organização da cidade, por conta da série dos eventos vultosos ocorridos entre os anos de 2013 e 2016. Porém, a precariedade na estruturação do saneamento básico, conforme explicitado no item três, deste capítulo, permaneceu após esse processo de reurbanização, deixando de fora das melhorias as zonas norte e oeste do município, coincidentemente, aquelas zonas mais pobres do Rio de Janeiro.

Assim, Marshall (apud. GOMES, 2009, 153) “situa os direitos sociais oriundos do século XX. Seu sentido primordial é o de garantir condições de vida e participação, ainda que pequena, na riqueza e bem estar coletivos.” Partindo-se deste pressuposto, é um direito social do cidadão o acesso ao saneamento básico, bem como aos benefícios dos processos de urbanização ocorrida dentro de sua área de convivência.

Então, neste ponto faz-se *mister* apontar a propositada forma diferenciada de planejamento espacial e de infraestrutura excludente dentro do município do Rio de Janeiro, não por conta das características próprias de cada porção da população local, mas do seu poder aquisitivo, conforme nos explica Ribeiro (1997):

(...) a terra urbana somente adquire um preço porque o seu uso permite aos agentes econômicos obterem ganhos extraordinários nos investimentos que realizam na cidade. (...) o acesso aos efeitos úteis de aglomeração é desigual na medida em que há tendência à concentração espacial dos elementos que entram na formação do valor de uso complexo. (RIBEIRO, 1997, p. 40)

É o que se observa ao longo destes últimos cinco anos na cidade do Rio de Janeiro, em que a mesma vem enfrentando uma verdadeira reestrutura em sua base urbana, não visando à melhoria da qualidade de vida da população como um todo, mas visando aos altos lucros possibilitados pelos grandes eventos, como JMJ (Jornada Mundial da Juventude) – promovida pela Igreja Católica em julho de 2013, o Rock in Rio, ocorrido entre os dias 13 e 22 de setembro de 2013, a Copa de 2014 e as Olimpíadas de 2016.

A Copa do Mundo 2014 atraiu para o país, e, especificamente para o Município do Rio de Janeiro – um dos municípios-sede – grandes movimentações de capital e aportes de

recursos públicos na área imobiliária. Também as Olimpíadas 2016, que teve como sede o Município do Rio de Janeiro, seguiram a mesma lógica, reconfigurando bairros como Maracanã, Barra da Tijuca, Copacabana e Deodoro (fonte: rio2016.org/).

Mas o povo saiu às ruas em protesto contra a série de arbitrariedades ocorridas no campo da organização das prioridades sociais, que tem conservado as antigas práticas de urbanização excludente, conforme explicitado na **Cartilha sobre Megaeventos** (2014):

O ano de 2013 certamente será lembrado na história pelo ciclo de mobilizações populares que tomaram conta do país. Foram levantadas bandeiras de reivindicação de direitos sociais correlatos ao direito à cidade, tais como mobilidade urbana (as primeiras manifestações pleiteavam a diminuição da passagem de ônibus), educação de qualidade (a greve dos professores municipais e estaduais durante o mês de outubro), moradia digna (não às remoções forçadas e melhor infraestrutura nas comunidades pobres), melhor qualidade na saúde, entre outras.

É impossível falar das manifestações ocorridas ao longo daquele ano sem fazer menção àquelas que ficaram conhecidas como “as jornadas de junho”. Iniciadas contra o então anunciado aumento das tarifas de ônibus, elas foram se avolumando ato após ato. A cada passeata em que o aparato policial reprimia com violência e a grande mídia criminalizava os manifestantes, o número de pessoas nas ruas só aumentava, chegando a cerca de 300 mil no dia 20 de junho, segundo a contagem da Polícia Militar. Protestava-se não apenas pela diminuição da tarifa em 20 centavos, mas pelo direito à cidade e pela incorporação de direitos sociais à vida dos cidadãos. O sistema representativo tem sua legitimidade posta em xeque e as instituições democráticas são seriamente questionadas.

Indubitavelmente, a ordem de grandeza dos gastos públicos relacionados aos megaeventos esportivos foi uma das pautas mais presentes nas ruas. Em todas as cidades em que ocorreram jogos da Copa das Confederações (FIFA), os protestos foram intensificados e calcados na denúncia da distorção de prioridades com o orçamento público, as remoções forçadas e a violência do Estado. No Rio de Janeiro, palco da final da competição, um ato público convocado pelo Comitê Popular reuniu milhares de pessoas que caminharam da Praça Saens Peña até o entorno do estádio do Maracanã e que, próximo ao horário do jogo, foram violentamente dispersas pela polícia com uso de armas com bala de borracha e bombas de efeito moral. (CARTILHA MEGAEVENTOS, 2014, Box 20)

Todos os investimentos, como já mencionado, não visam à melhoria da comunidade como um todo. Além de valorização e concentração de capitais, os investimentos são localizados nas áreas dos eventos, bem como nos seus entornos. Ou seja, todas as outras áreas que estão fora deste perfil não são contempladas com nenhum benefício direto ou indireto agregado, num processo contínuo de exclusão social, conforme Maricato (2003):

(...), a modernização é apenas para alguns; a cidadania e os direitos, idem. (...) No meio urbano, o investimento público orientado pelos lobbies bem organizados alimenta a relação legislação / mercado imobiliário restrito / exclusão social. E nas áreas desprezadas pelo mercado imobiliário, nas áreas ambientalmente frágeis, cuja ocupação é vetada pela legislação e nas áreas públicas, que a população pobre vai se instalar: encostas dos morros, beira dos córregos, áreas de mangue, áreas de proteção aos mananciais... Na cidade, a invasão de terras é uma regra, e não uma exceção. Mas ela não é ditada pelo desapego à lei ou por lideranças que querem afrontá-la. Ela é ditada pela falta de alternativas. (MARICATO, 2003, p. 1 e 2)

Assim se entende como o espaço urbano vai ganhando novos contornos, visando aos altos lucros através da privatização, para a exploração comercial, de amplas áreas do município, como também nos informa a **Cartilha de Formação** elaborada em colaboração com o Instituto de Políticas Alternativas para o Cone Sul (2012):

A região portuária do Rio de Janeiro abrange os bairros da Gamboa, Santo Cristo, Saúde, Caju, além das partes do Centro e São Cristóvão. (...) A aliança dos governos municipal, estadual e federal resolveu entregar toda aquela região para um consórcio de empreiteiras (OAS, Carioca Engenharia e Odebrech), pelos próximos 15 anos, para executarem todas as obras de infraestrutura necessárias para ocupar os terrenos públicos com megatorres de escritórios, condomínios de padrão elevado e empreendimentos voltados para o turismo, que chega em transatlânticos a serem ancorados onde antes era o porto de cargas gerais. (CARTILHA CONE SUL, 2012, p. 11).

Retomemos nossa questão. Torres (2005, p. 11) só faz enfatizar que a não erradicação dos casos de dengue se dá por, entre outras causas, pela falta de infra-estrutura, pensada para a população como um todo. Assim, a Dengue: “Caracteriza-se por ser doença de países em desenvolvimento, porque são estes que geralmente têm alta taxa de infestação por *Ae. Aegypti* e remotas possibilidades de erradicação, não só por razões climáticas mas sociais.”

Por esta razão, o prognóstico para a erradicação da Dengue e outras doenças transmitidas pelo mosquito aedes aegypti ao longo do século XXI não é dos mais positivos, conforme pontua Torres (2005, p. 37) através do quadro a seguir (grifo nosso):

QUADRO 4 – Fatores responsáveis pelo ressurgimento das epidemias de dengue:

- Crescimento sem precedentes da população humana
- **Urbanização não planejada nem controlada**
- **Abastecimento de água e tratamento de resíduos inadequados**
- Aumento na densidade e distribuição dos mosquitos vetores
- **Ausência de um controle efetivo do mosquito**
- Aumento na disseminação dos vírus Dengue
- Desenvolvimento de hiperendemicidade
- **Deterioração da infra-estrutura de saúde pública**

Ressaltou-se, neste capítulo, a questão da urbanização e o apagamento das contradições na ocupação do território abrangente do município do Rio de Janeiro, traçando-se um resumo da história da organização espacial da cidade, bem como da sua infraestrutura, desde sua formação como cidade central, seja no sentido administrativo, seja no sentido político.

Evidenciaram-se, nesse nosso percurso, os avanços, porém tímidos, dos sanitaristas na tentativa de estancar os fenômenos epidêmicos ao longo do século XX, além da especulação imobiliária, que sempre conseguiu a parceria das autoridades administrativas no sentido de estruturar, com os mais diversos serviços públicos, as regiões onde ocorreriam as construções com fins comerciais, valorizando o território urbano sob a lógica do capital.

Assim, o saneamento básico na cidade sempre esteve aquém das necessidades da população menos abastada, sofrendo o povo com problemas de abastecimento de água, coleta de lixo e encanamento de esgoto. Essa precariedade está intimamente ligada à proliferação do mosquito *aedes aegypti*, causador de diversas doenças, e, por isso mesmo, é objeto do trabalho de controle feito pelos agentes de vigilância em saúde, que utilizam as mensagens educativas – tema central desta dissertação – para a prevenção do vírus da Dengue, Zika vírus, chikungunya e Febre Amarela.

A mensagem educativa voltada para a prevenção à Dengue, Zika vírus e Chikungunya é disseminada em forma de folders e cartazes, entre outras formas, pelas autoridades sanitárias, constituindo-se num veículo de comunicação entre o Estado e a população. Por isso, o capítulo a seguir tratará da comunicação em saúde, como mais uma contribuição para a análise da estratégia representada pela mensagem educativa inserida no contexto das políticas públicas no âmbito regional, neste caso, o município do Rio de Janeiro.

Capítulo II: O campo da comunicação e educação em Saúde para controle do *Aedes Aegypti*

Neste capítulo, busca-se contemplar a discussão referente à comunicação em saúde voltada para a educação e prevenção da doença transmitida pelos vírus da Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela, visando um efetivo controle do mosquito *aedes aegypti*, o vetor das referidas doenças.

Para tanto, neste capítulo, serão trabalhadas as noções de saúde, saúde pública, comunicação, educação, comunicação em saúde e comunicação e educação em saúde. Estes conceitos são considerados importantes, portanto, para o entendimento dos vários aspectos do trabalho dos Agentes de Vigilância em Saúde para controle do *aedes aegypti*.

Assim, este capítulo se estrutura em três itens. O primeiro item trata dos conceitos de saúde e saúde pública, que estabelecem a necessidade de participação do Estado no desenvolvimento de hábitos pelos cidadãos, com vistas à qualidade de vida física e mental. Já o segundo item contempla o conceito de “educação em saúde” construído na esfera das relações sociais, do modo de produção capitalista, campo formado por disputas de ideias e projetos no âmbito da luta de classes. O terceiro item apresenta o conceito de “comunicação em saúde”. Ainda neste item, será estabelecida a articulação entre comunicação e educação em saúde como estratégia utilizada no campo da saúde pública.

Faz-se necessário, entretanto, tomarmos desde logo, o conceito de campo. Portanto, o “campo da comunicação” em saúde – assim como o da educação em saúde, podemos afirmar – é atravessado por disputas entre grupos sociais sobre o conceito de comunicação, saúde, democracia, por exemplo.

Campo é um espaço sociodiscursivo de natureza simbólica, permanentemente atualizado por contextos específicos, formado por teorias, modelos e metodologias, sim, mas também por agentes, instituições, políticas, discursos, práticas, instâncias de formação e, muito importante, por lutas e negociações. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 19-20).

Cabe, também, neste capítulo, tecer algumas considerações acerca das condições da saúde pública como pertencente aos objetivos das Políticas Públicas, nos últimos anos, no cenário nacional e, conseqüentemente, no Município do Rio de Janeiro.

Ademais, antes de tratarmos dos itens já mencionados, cabe localizar a relevância dos campos da educação e comunicação e saúde no âmbito da reforma sanitária.

Luz (1991) pontua a seguinte questão:

As discussões se acirraram sobretudo em tomo de questões fundamentais, como finalidades, diretrizes e métodos da reforma sanitária, e estratégias e táticas necessárias para assegurar a irreversibilidade de suas conquistas. Grande parte das divergências aparecem no tratamento desses pontos mais gerais, mas também houve casos mais específicos, concernentes a conteúdos dos programas, diretrizes e prioridades a atingir com a reforma. (LUZ, 1991, p. 89-90).

Então, como exposto acima, as diretrizes da reforma sanitária passa pelo campo das disputas no contexto dos projetos que serão levados em conta na implementação do controle, da erradicação, ou da prevenção, dos diversos males que possam obstruir o bem-estar coletivo.

2.1) O conceito de saúde e saúde pública

Conforme o Dicionário da Educação Profissional em Saúde, o significado de “saúde”, em sua origem etimológica, é “um estado positivo do viver”, valendo para todos os seres vivos e mais especificamente para os seres humanos. Ou seja,

Em relação aos humanos, o estado de saúde, romano ou grego, implicaria um conjunto de práticas e hábitos harmoniosos abrangendo todas as esferas da existência: o comer, o beber, o vestir, os hábitos sexuais e morais, políticos e religiosos. Implicaria virtudes específicas ligadas a todas essas esferas, e também em vícios, que poderiam degradar o estado de harmonia, ensejando o adoecimento e, no limite, a morte. (PEREIRA, LIMA, 2008, p.355).

O referido verbete aponta ainda que, hoje, além da questão do equilíbrio físico-mental, a “saúde, mais que um estado natural, é uma definição construída social e culturalmente.” (Pereira, 2008, p. 356). Assim, o indivíduo, para ter saúde, depende do espaço físico onde reside, das condições de salubridade da água, do esgotamento, ou seja, depende da sua relação com o meio ambiente em que vive. No entanto, se essa relação com o ambiente não for localizada dentro da lógica do capital, os efeitos ideológicos são nefastos, pois se identificará apenas no indivíduo a origem do problema:

O resultado prático é a responsabilização pela degradação posta em um ser humano genérico, idealizado, fora da história, descontextualizado socialmente. Por exemplo, isso fica evidente quando ouvimos os recorrentes discursos de que a humanidade é responsável pela degradação planetária, sem que se situem os grupos sociais, o modo como estamos organizados e produzimos, numa fala que, pela ausência de concretude, fica sem efeito prático na mudança das relações sociais que conformam o atual modo de ser na natureza. (LOUREIRO, 2004, p. 81).

Além dessas questões, a saúde do indivíduo passa também pelo tipo de convívio com seus vizinhos e demais conviventes, qual seu nível de entendimento quanto à relação estado-

de-saúde-doença, entre outros fatores agravantes e/ou atenuantes para se alcançar conforto e bem-estar e, ainda, como aponta Morosini, Fonseca, Pereira:

(...) a compreensão do processo saúde-doença como expressão das condições objetivas de vida, isto é, como resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. (Brasil, 1986, p. 04) descortina a saúde e a doença como produções sociais passíveis de ação e transformação, e aponta também para um plano coletivo e, não somente individual de intervenção. ((MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, in: PEREIRA, 2008, p.157).

A saúde como uma relação social é palco de conflitos de classe também. Por esta razão, há vários sentidos de “saúde pública” em disputa. Como um marco da discussão, destacamos o século XVIII, quando, e, primeiramente na Alemanha, a ciência do Estado ganha o cenário, estando voltada para o conhecimento sistematizado da organização e funcionamento do organismo estatal.

Já, no início do século XIX, nasce a chamada Medicina do Estado, visando à organização do saber médico, a normalização da profissão médica, bem como a sua subordinação ao poder central (Foucault, 1985). E, no século XX, “(...) nasce a saúde pública, com a dupla missão de combater e prevenir doenças coletivas, ou mesmo individuais, que, por contágio ou transmissão, ameacem a organização social e a ordem pública.” (Pereira, 2008, p. 354).

Num sentido mais amplo do que seja “saúde pública”, Castiel explicita que:

A expressão “Saúde Pública” pode dar margem a muitas discussões quanto a sua definição, campo de aplicação e eventual correspondência com noções veiculadas, muitas vezes, de modo equivalente, tais como “saúde Coletiva”, “medicina Social/Preventiva/Comunitária”, “Higienismo”, “Sanitarismo”. Em geral, a conotação veiculada pela instância da “Saúde Pública” costuma se referir a formas de agenciamento político/governamental (programas, serviços, instituições) no sentido de dirigir intervenções voltadas às denominadas “necessidades sociais de saúde”. (CASTIEL, 2008).

E, por isso, em seguida, Castiel (2008) elenca as diferentes conotações que a expressão “saúde pública” pode ganhar: o sentido de setor público, governamental; a participação da comunidade organizada; os serviços dirigidos à dimensão coletiva (saneamento, entre outros), na qual se acrescentam, ainda, os serviços pessoais dirigidos a grupos vulneráveis; e, por fim, os problemas de elevada ocorrência e/ou ameaçadores.

Porém, de acordo com o pesquisador, a caracterização consensual do que seja “saúde pública” é a de que sua existência está vinculada ao aparelho de Estado e que sua dimensão é coletiva como objeto de intervenção. E, destarte,

(...) Mesmo admitindo-se a importância das propostas definidoras citadas, (...), iremos considerar Saúde Pública como um domínio genérico de práticas e conhecimentos organizados institucionalmente em uma dada sociedade dirigidos a um ideal de bem-estar das populações – em termos de ações e medidas que evitem, reduzam e/ou minimizem agravos à saúde, assegurando condições para a manutenção e sustentação da vida humana. (CASTIEL, 2008).

Desta maneira, para que o Estado publicize as boas normas de higiene, preste informações importantes para a manutenção da saúde, o mesmo lança mão de estratégias de comunicação e educação em saúde. Porém, antes da discussão desta estratégia especificamente, dar-se-á continuidade à conceituação dos termos destacados no início deste capítulo.

2.2) Educação em saúde

Cabe destacar, aqui, uma significação apontada por Morosini, Fonseca, Pereira (2008) que traz um viés crítico da perspectiva da educação, qual seja:

(...) a educação parte da análise das realidades sociais, buscando revelar as suas características e as relações que as condicionam e determinam. Essa perspectiva pode ater-se à explicação das finalidades reprodutivistas dos processos educativos ou trabalhar no âmbito das suas contradições, buscando transformar estas finalidades, estabelecendo como meta a construção de sujeitos e de projetos societários transformadores. (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, in: PEREIRA, 2008, p.157).

O termo “educação em saúde”, nesta perspectiva, consiste de um campo de disputas de concepções e práticas:

“(...) deve-se localizar a temática da educação em saúde como um campo de disputas de projetos de sociedade e visões de mundo que se atualizam nas formas de conceber e organizar os discursos e as práticas relativas à educação no campo da saúde.” (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, in: PEREIRA, 2008, p.155).

Na seqüência seguinte, é especificado o significado do termo, englobando também o “trabalho”:

(...) educação, saúde e trabalho são compreendidos como práticas sociais que fazem parte do modo de produção da existência humana, precisando ser abordados historicamente como fenômenos constituintes - produtores, reprodutores ou transformadores - das relações sociais. (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, in: PEREIRA, 2008, p.155).

Os autores do verbete pontuam ainda que as concepções e práticas de educação e saúde são construídas entre o final do século XIX e início do século XX, utilizando em sua base a higiene. Então:

(...) Nesse momento histórico, a Higiene está fortemente associada à ideologia liberal, encontrando neste pensamento os seus fundamentos políticos. Destarte, a Higiene centrava-se nas responsabilidades individuais na produção da saúde e construía formas de intervenção caracterizadas como a prescrição de normas, voltadas para os mais diferentes âmbitos da vida social (casa, escola, família, trabalho), que deveriam ser incorporadas pelos indivíduos como meio de conservar a saúde. (MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, in: PEREIRA, 2008, p.156).

Para tanto, o pensamento filosófico de John Dewey será, neste período, apropriado pelas práticas de educação para a saúde, uma vez que este pensador considera importantes as características de cada indivíduo para o desenvolvimento do processo educativo, além de considerar a formação de hábitos um fio condutor para a educação. Este tipo de conduta é perfeitamente identificável nas normativas da chamada educação sanitária. (DEWEY, apud PEREIRA, 2008, p. 157).

2.3) Comunicação em saúde

Embora o conceito de comunicação seja retomado no capítulo três, sob o âmbito da análise de discurso, aqui será tratado seu significado no campo da comunicação em saúde formulada na esteira das discussões da saúde pública no Brasil.

Araújo e Cardoso (2008, p. 15) enfatizam a necessidade de não se desvincular a comunicação de um projeto ético de sociedade, sob pena de se excluir boa parcela da mesma, leia-se, a população mais pobre, do grande propósito social de igualdade de acesso aos bens coletivos e/ou individuais.

Assim, conforme Cardoso e Araújo (2008):

O termo Comunicação e Saúde, (...) delimita um território de disputas específicas, embora atravessado e composto por elementos característicos de um, de outro e da formação social mais ampla que os abriga. Trata-se de um campo ainda em formação, mas como os demais constitui um universo multidimensional no qual agentes e instituições desenvolvem estratégias, tecem alianças, antagonismos, negociações. Essa concepção implica colocar em relevo a existência de discursos concorrentes, constituídos por e constituintes de relações de saber e poder, dinâmica que inclui os diferentes enfoques teóricos acerca da comunicação, saúde e suas relações. Contrapõe-se, assim, a perspectivas que reduzem a comunicação a um conjunto de técnicas e meios a serem utilizados de acordo com os objetivos da área da saúde, notadamente para transmitir informações de saúde para a população. (CARDOSO; ARAÚJO, in: PEREIRA, 2008, p.95).

Destacam Cardoso e Araújo que a comunicação acompanhou as políticas de saúde, desde no início do século XX através das campanhas sanitaristas, bem como posteriormente, quando a saúde assumiu uma postura voltada para a prevenção e promoção.

Em ambos os casos, a comunicação feita sob quaisquer formas, seja falada ou escrita, foi importante ao longo do processo de disseminação de novos hábitos de higiene preconizados pelos profissionais da saúde e cuidados sanitários, que concebiam a maior parte da população como ignorante e resistente a mudanças, mesmo que estas fossem para o próprio benefício. (CARDOSO; ARAÚJO, in: PEREIRA, 2008, p.96).

Neste ponto, retomamos o termo “comunicação e saúde”, que, para Araújo e Cardoso, é composto por conceitos distintos interligados e inter-relacionados que, dependendo de onde se fala – ou seja, de dentro do campo da comunicação ou de dentro do contexto da saúde – ganhará dimensões diversas, no que diz respeito a objetivos, metas, público alvo, entre outros. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 20-21).

O presente trabalho toma como referência a Comunicação e Educação em Saúde, que é influenciada pelo contexto dos anos 80, marcados por mudanças na forma de conceber a prevenção de doenças tanto no âmbito individual quanto coletivo.

No entanto, como enfatizam Araújo e Cardoso (2007), a relação entre comunicação e saúde pública é antiga, visto que, no início do século XX, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) se utilizou da educação em saúde para prevenção de doenças e enfrentamento de epidemias, bem como propagar medidas de higiene.

(...) Naquele momento, ocorria um intenso debate sobre as ações de saúde pública, no qual ecoavam os avanços científicos da bacteriologia, parasitologia e microbiologia. (...) É natural que, neste contexto interpretativo, que ganhou força nas décadas seguintes, educação e comunicação – esta pensada ainda como propaganda – formassem o binômio que deveria garantir o sucesso das políticas públicas de saúde, o que se estende pelo século XX, até, em boa medida, os nossos dias. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 24).

Portanto, é desta forma que nasce a figura do Agente de Saúde, com o objetivo de disseminar entre o povo as boas normas de higiene e cuidados com a saúde e o meio ambiente. Os Agentes funcionam, então, como facilitadores no processo de comunicação e educação em saúde, sendo este trinômio considerado um direito de todo o cidadão. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 24-25).

A presença do agente de saúde é um direito do cidadão dentro da perspectiva da saúde e da qualidade de vida. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 26). O agente é a voz do sanitarista para com a população cidadina.

Assim, a utilização de estratégias, como os panfletos e cartazes, analisados no presente trabalho, faz parte do resultado da ampla discussão em torno ao direito de informação, educação e comunicação em saúde. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 27).

Enfim, o discurso sobre a relevância da comunicação e sua indissociável relação com a produção dos sentidos da saúde e como os processos de democratização está hoje bem disseminado, não só na área das ciências sociais em saúde, na qual de certa forma a comunicação está inscrita, mas também por outros setores. Muitos, a partir de diversos lugares de fala, ocupam-se do tema e chamam para si parte da responsabilidade de ampliar sua abrangência e transformar as concepções e práticas, movimento este que produz, mas também demanda ainda mais uma definição do que chamamos aqui de campo da C&S, arriscando-nos a antecipar aquilo que pede maior amadurecimento para caracterizar-se como tal. [C&S designado pelas autoras como abreviação do termo Comunicação e Saúde]. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 28-29.).

Porém, todo este processo de comunicação e educação em saúde passa pelo discurso dominante, quando da aplicação de modelos. Conforme ARAÚJO e CARDOSO (2007) dispõem sobre o tema:

Na época, com base nas descobertas da epidemiologia experimental e nas modernas técnicas de administração tayloristas, o modelo médico-sanitário remanejava o eixo da saúde pública do meio ambiente para o indivíduo e, em consequência, apontava para a necessidade da mudança de comportamento e de hábitos, vistos como causa das doenças, portanto, indesejáveis à saúde. Esse modelo ignorava os determinantes sociais das doenças e confiava à educação dos indivíduos a superação do atraso e a instalação de condições mais propícias ao progresso.

(...) teve início a defesa pela superação das ações tóxicas e emergenciais e a instalação de uma rede permanente de centros de saúde, de caráter polivalente, com atividades de caráter preventivo e educativo, voltadas para a criação da consciência sanitária da população (...). (...), acreditavam os jovens sanitaristas que o curso das doenças seria alterado pela internalização de valores e comportamentos saudáveis e preventivos (...).

Embora nem a reforma tenha atingido seus objetivos, nem o modelo médico sanitário tenha superado o sanitarismo campanhista, o debate desse período demarcou mais claramente a propaganda e a educação sanitária como importantes formas de enfrentamento do precário quadro sanitário, (...). (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 40-41).

As autoras trabalham, na sequência, com os estudos americanos sobre o processo comunicacional, no período pós-segunda guerra mundial. De acordo com as autoras, a importância destes estudos, utilizados até hoje como modelo, inclusive nas escolas fundamentais de nosso país, é que estabeleceram uma forma de pensar e praticar a comunicação: emissor, mensagem, canal e receptor.

Contudo, as mesmas apontam para a relativa simplicidade do referido modelo, por não levar em conta o contexto em que ocorre a comunicação, como o tempo, o espaço geográfico, os agravantes e atenuantes sociais. E nem leva em conta o aspecto de troca e interação que toda comunicação deve ter.

As características do modelo levaram – e ainda levam – educadores, comunicadores, planejadores e gestores da saúde a acreditarem que a prática comunicativa limita-se à transferência de informações a uma população que nada sabe de relevante sobre os assuntos que dizem respeito à sua saúde e sua vida. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 46).

As autoras alertam para a distorção ocorrida na prática do serviço de saúde, pela qual a população pobre é tratada como ignorante e merecedora de uma educação e transmissão de conhecimentos no âmbito da saúde. Essa relação se dá sem questionamentos, sem uma troca entre a população – na perspectiva de suas próprias reflexões e percepções - e os profissionais da saúde, no caso do presente trabalho, os Agentes de Vigilância em Saúde.

Ou, como no dizer de Morosini, Fonseca e Pereira (2008):

(...) O modelo da promoção, no qual a educação em saúde se apresenta como um dos seus eixos de sustentação, vê-se diante do desafio de não reproduzir, a partir da incorporação instrumental da categoria de risco e da ênfase na mudança de comportamento, a mesma redução operada pelo higienismo, que ao responsabilizar o indivíduo pela reversão da sua dinâmica de adoecimento, acabou por culpabilizá-lo, esvaziando a compreensão da dimensão social do processo saúde/doença.

(...) Essa construção passa necessariamente pela redefinição do processo de trabalho em saúde e das atribuições e responsabilidades entre os trabalhadores, assim como, pela transformação do papel desempenhado por estes trabalhadores nos encontros com a população. Compreendendo a potencialidade educativa dos vários atos promovidos nas ações e nos serviços de saúde, pode-se compreender todos os trabalhadores da saúde como educadores, e estes, junto com a população atendida, sujeitos do processo de produção dos cuidados em saúde. ((MOROSINI; FONSECA; PEREIRA, in: PEREIRA, 2008, p.160).

Neste ponto, chama-se a atenção para a singularidade existente no acima exposto: da comunicação muitas vezes dar-se de forma unilateral. Mas a população fala. E sua fala é explicitada de várias maneiras, como em forma de resistência, qual seja: “nunca” estar em casa no momento da visita do Agente, observar o movimento do Agente nas redondezas e eliminar possíveis falhas existentes no espaço residencial apenas para receber o agente e depois continuar com os mesmos hábitos, e recusar mesmo a entrada e/ou permanência do agente em seu imóvel para a vistoria de rotina.

As ações dos moradores acima descritas são, também, uma forma de comunicação que cabe ao profissional de vigilância em saúde interpretar, ou seja, em conhecendo seu território, entender a linguagem, a fala silenciosa do morador que se manifesta através da resistência à realização do trabalho.

No entanto, deve ficar claro que nem toda recusa, ou ausência, ou eliminação de depósitos com água parada e/ou com foco, antes que o agente veja representa um protesto. Por isso, frisa-se a necessidade de o agente conhecer seu território e ser capaz de dialogar não só com as falas, mas também com os silêncios dos moradores e, a despeito do modelo de trabalho a ele impingido, como já exposto, o de emissor de uma mensagem que será prontamente acolhida pelo receptor. O mesmo deve ser fonte de mudança, ser ponte, ser voz-transformação.

Assim, retomando-se a questão do sanitarismo vigente no período pós segunda guerra mundial e de acordo com Araújo e Cardoso (2007), os governos americanos atribuíam à pobreza e à falta de informação a ascensão do comunismo. Fazia-se, então, necessário para impedir o crescimento do comunismo nos países mais pobres, educar, informar suas populações. Então:

(...) A teoria da modernização, em franco esplendor, falava de um processo que ia da sensibilização à adoção e manutenção das atitudes e práticas recomendadas, cujo sucesso dependia das estratégias de comunicação.

Observe, (...), o perfeito ajuste entre essa abordagem e os modelos de saúde que, (...), preocupavam-se em oferecer uma educação que eliminasse os hábitos da população considerados poucos saudáveis. A realidade, em uns e outros, era percebida como resultado do modo de agir das pessoas e, por isso mesmo, delegava-se aos indivíduos a responsabilidade pela resolução dos problemas. Neste contexto, restava às instituições públicas a tarefa de educar, de informar, em outras palavras, comunicar. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 48).

Neste sentido, como já exposto anteriormente, as autoras apontam qual deve ser a postura atual dos agentes de saúde:

(...) de que o mediador é um elo a mais na rede de comunicação que permeia e move as ações da saúde. Nesta condição, ele pensa, sente, sabe, elabora estratégias, concentra ou compartilha poder, enfim, imprime seus próprios sentidos no conteúdo que recebe para repassar. (ARAÚJO, CARDOSO, p. 55).

Esta situação pode ser constatada na prevenção e no combate ao mosquito transmissor da Dengue, Chikungunhya, Zika e Febre Amarela, já que o agente lança mão do aspecto comunicacional, como parte das estratégias para a efetivação e conseqüente êxito da referida política.

Esse papel comunicacional do agente tem relevância política, já que, de acordo com Araújo e Cardoso,

Políticas públicas são decididas num processo de luta por hegemonia, no qual o poder simbólico é um dos elementos centrais. O poder simbólico, como nos

ensinou Bourdieu (1989), é o “poder de fazer ver e fazer crer” e tem na comunicação um importante vetor. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 23).

Nessa perspectiva, sem considerar os panfletos e cartazes, objetos do presente trabalho, as autoras discutem os canais de circulação da comunicação se referenciando à internet, aos computadores de um modo geral, jornais, rádios e televisão. Chamam a atenção para que não se atribua às tecnologias a responsabilidade pela democratização da informação, pois “(...) ignorando a reprodução das relações de poder de que elas são palco e objeto, é reproduzir o equívoco da premissa desenvolvimentista da comunicação (comunicação=superação da pobreza).” (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p.63).

Contudo, embora as informações circulem pelos diversos meio de comunicação, esta se transforma muitas vezes em um caminho de ida sem volta, ou seja, o ente público joga para a população as normas a serem seguidas, sem a contrapartida, sem a resposta da população, sem uma troca efetiva de conhecimento e reflexões.

Nesta perspectiva, Araújo e Cardoso (2007) antecipam esses e outros questionamentos presentes no terceiro capítulo deste trabalho, quando alertam, conforme o segmento abaixo:

(...); quase nada sabemos sobre os fluxos da comunicação, sobre o percurso dos sentidos entre o conhecimento das instituições e o conhecimento consolidado como saber e como prática na população.

(...) Diagnóstico e análise dos contextos de circulação e apropriação, pela população, da comunicação midiática e institucional. Entre eles: mapeamento e caracterização dos múltiplos fluxos e canais que a população dispõe ou cria para fazer circular as informações de seu interesse; (...); modos pelos quais a população – pessoas e grupos – reconfigura o lugar de interlocução que lhe é atribuído pelas instituições de saúde e se apropria da informação, convertendo-a em sentidos, saberes e práticas.

- Diagnóstico e análise dos interlocutores da saúde: quem fala o quê, a partir de que lugar e através de que dispositivos. E mais que vozes e sentidos estão sendo silenciados ou permanecem sem espaços de expressão e circulação.

- Análise dos discursos que habitam e constituem as estratégias e práticas dos vários sujeitos da saúde.

O maior desafio que se apresenta atualmente é o metodológico: como converter conceitos como polifonia, produção social dos sentidos, lugar de interlocução, contexto e discurso em método de pesquisa? (...) Os objetivos da comunicação são novos, suas configurações resultam da articulação complexa de fatores econômicos, políticos, sociais, culturais, mas que se complexificam ainda mais pela reconfiguração dessas mesmas relações em sempre renovadas bases tecnológicas. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 120-121).

Assim, o processo comunicacional, no âmbito da saúde pública, deve pautar-se nas premissas desta ferramenta tão importante para o entendimento entre as pessoas, qual seja, quem comunica, o que comunica, para quem, quem recebe a comunicação e o que responde, o que retorna. Senão, não é comunicação, é uma falação, imprudente e arrogante por parte do ente público. (ARAÚJO, CARDOSO, 2007, p. 123).

Então, este segundo capítulo buscou pontuar os conceitos-base de saúde pública, comunicação e educação em saúde. Frisa-se, que as noções trabalhadas ao longo do capítulo são essenciais para a ampliação da discussão em torno da comunicação no contexto do discurso dominante que será trabalhado no terceiro capítulo.

O campo da comunicação e educação em saúde é fundamental para a implantação das políticas públicas com vistas a estimular a participação social e superar as precariedades na esfera dos programas de saúde pública. No entanto, é também espaço de controle social e de culpabilização dos indivíduos no que tange às práticas de saúde.

Entretanto, este capítulo não tem a pretensão de encerrar a discussão em torno da questão da comunicação e educação em saúde, mas convidar à reflexão em torno de um tema tão significativo para a prevenção e/ou erradicação de doenças que castigam de forma mais contundente, na maioria das vezes, a população mais pobre, por conta da falta de recursos para superar as precariedades existentes na esfera dos programas da saúde pública.

Capítulo III: Análise das mensagens educativas utilizadas no controle ao *Aedes Aegypti*

O objetivo deste capítulo é analisar as contradições existentes, nas políticas de saúde pública, à luz da teoria proposta por Dominique Maingueneau (2001). O autor faz ampla análise sobre os discursos presentes nos textos publicitários e slogans diversos.

Comporá o corpus da análise as mensagens educativas presentes nos panfletos e cartazes, de prevenção e combate ao dengue, zika, chikungunhya e febre amarela, utilizados nas campanhas do Município do Rio de Janeiro, visando o controle do mosquito *aedes aegypti*.

O capítulo é composto por um item introdutório em que será tratado o conceito de “controle” e “erradicação” e outros três itens. O primeiro tratará do recortes temporais escolhidos, quais sejam, os períodos de 2001/2002, 2007/2008 por terem ocorrido, nestes referidos períodos, as maiores epidemias de Dengue da contemporaneidade e, também, por conta dos números significativos de notificações e óbitos nos períodos mencionados e 2015/2016, por se ter verificado, juntamente com a Dengue, as epidemias de Zika e Chikungunhya, estes dois últimos vírus com entrada recente no país. O segundo item trabalhará os diversos conceitos necessários para a análise do corpus propriamente dita, tendo como base, Maingeneau. No terceiro item será feita a análise do corpus utilizando-se as categorias elencadas no segundo item.

Inicialmente, cabe um esclarecimento, uma discussão em relação ao termo “controle”. Existe uma outra modalidade de ação que é a “erradicação” do mosquito. No Brasil, optou-se pelo controle e, para melhor entendimento, são explicitados os fragmentos abaixo, retirados de Torres (2005):

A estratégia de erradicação implica cobertura universal de todos os criadouros do mosquito, em todas as casas de todas as localidades infestadas no país, para a erradicação total do vetor e a subsequente vigilância permanente contra a reinfestação. O custo inicial dessa estratégia é alto, porém, uma vez eliminado o mosquito, o custo da vigilância contra a reinfestação é muito menor, e se evita totalmente a transmissão do dengue e da febre amarela urbana.

A estratégia de controle tem como base evitar epidemias e mortes por dengue e febre amarela urbana. Identificam-se as áreas com maior risco e se concentram os esforços nestas áreas para reduzir, porém não para erradicar o vetor. O custo da estratégia de controle é menor que o custo da *fase de ataque* da estratégia de erradicação, porém maior que o da fase de manutenção (vigilância contra reinfestação). Depois de alguns anos de execução dessa estratégia, o custo do controle poderá ser maior que o custo da erradicação (OPAS, 1997a). (TORRES, 2005, p. 248. Grifo do autor).

Para Torres (2005), o ponto de equilíbrio, principalmente na falta de recursos para uma cobertura ampla, seria a erradicação nos pontos mais afetados e depois a manutenção de controle em todas as áreas. O autor ainda ressalta:

Para os desconhecedores do assunto, o combate a esse vetor é sinônimo de aplicação de inseticidas químicos para reduzir as populações de mosquitos. Mais de uma vez os interesses políticos ou comerciais têm contribuído para perpetuar essa idéia, além da desinformação dos meios de comunicação de massa e a falta de cultura sanitária. Com efeito, os inseticidas têm uma participação importante em muitos programas de controle do *Ae. Aegypti*, porém vários programas estão voltando ao básico, que são as medidas de saneamento ambiental para reduzir a população de mosquitos, eliminando seus habitats ou atuando sobre os estágios imaturos do vetor (Clark, 1994). (TORRES, 2005, p. 248. Grifo do autor).

Torres, referenciando Clark, observa que as ações só têm efetividade quando se juntam comunidade (os moradores locais), especialistas em controle de vetores, poder público e comunidade científica, ou seja, sem união os trabalhos referentes à erradicação e ao controle do mosquito está fadada ao fracasso. (CLARK, apud, TORRES, 2005, p. 249). É com base nestas reflexões que a FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) abandonou, em 2001, a meta de erradicação do mosquito e realizou mudanças no trabalho, focalizando o controle. (BRAGA; VALLE, 2007, p. s/n).

Assim, conforme ressalta abaixo, BRAGA e VALLE:

Em 2002, foi implantado o Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), (...) enfatiza a necessidade de mudanças nos modelos anteriores, inclusive em alguns aspectos essenciais, como: 1) a elaboração de programas permanentes, pois não há qualquer evidência técnica de que a erradicação do mosquito seja possível a curto prazo; 2) o desenvolvimento de campanhas de informação e de mobilização da população, de maneira a se promover maior responsabilização de cada família na manutenção de seu ambiente doméstico livre de potenciais criadouros do vetor; 3) o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica, para ampliar a capacidade de predição e detecção precoce de surtos da doença; 4) a melhoria da qualidade do trabalho de campo no combate ao vetor; 5) a integração das ações de controle da dengue na atenção básica, com a mobilização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e do Programa Saúde da Família (PSF) 6) a utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc.; 7) a atuação multissetorial, no fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e à utilização de recipientes seguros para armazenagem de água; e 8) o desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios.²⁹

O Ministério da Saúde tem investido grandes recursos no PNCD. Em 2002, dos R\$ 1.033.817.551,00 gastos com o controle da dengue, 85% foram empregados na vigilância e no controle do vetor. Em 2003, essas ações absorveram cerca de R\$ 790 milhões, basicamente em custeio, compra de equipamentos e inseticidas, manutenção e capacitação de pessoal e ações de comunicação social.^{29,32} (BRAGA e VALLE, 2007, p. s/n).

Optou-se pela explicitação das ações disponibilizadas pelos programas de saúde pública, quais sejam, a erradicação e/ou o controle do *aedes aegypti* para o entendimento do título encerrado neste terceiro capítulo. Quando se fala, correntemente, em prevenção e combate ao dengue, entre outras doenças, via de regra, os agentes de vigilância em saúde não combaterão o vírus causador das doenças, e sim combaterão o vetor dos vírus, no caso o *aedes aegypti*, através destas ações descritas.

Esses pontos são significativos, na medida em que, ao se fazer a análise do discurso presente nas mensagens educativas, é razoável se levar em consideração a diferença entre erradicação e controle por conta de esses métodos interferirem, de uma forma ou de outra, no resultado das campanhas implementadas pelos órgãos oficiais de saúde, conforme explicitado acima. A mensagem educativa estará centrada, no nosso corpus, no controle do mosquito.

3.1) As epidemias nos períodos de 2001/2002, 2007/2008 e 2015/2016

Neste ponto, destaca-se o primeiro dos períodos propostos para o corte temporal: 2001/2002. Em 2002, quando de mais um surto epidêmico de dengue no Brasil um novo recorde consolidou-se, havendo mais de 700 mil casos notificados. (MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009, p. s/n). De acordo com dados disponíveis do Ministério da Saúde e SMS – Secretaria Municipal do Rio de Janeiro, o município contribuiu – entre 2001 e 2002 – para a estatística nacional, com 173.452 casos notificados e 30 óbitos.

Mendonça, Souza e Dutra (2009) chamam a atenção para dois momentos de ações voltadas para o controle do mosquito nos grandes centros urbanos no Brasil. De acordo com os autores:

(...), convém lembrar que o combate ao mosquito no começo do século XX foi mais fácil, uma vez que na época havia maior produção de lixo orgânico nas cidades, e estas eram habitadas por apenas 20% da população brasileira. Atualmente, o cenário urbano é outro, pois além do número de habitantes ser maior do que no tempo de Osvaldo Cruz, cerca de 80% das pessoas residem nas cidades nas quais predomina a produção do lixo não-orgânico, o que cria condições e ambientes favoráveis à proliferação do mosquito (UJAVARI, 2003); soma-se a isto todas as diferenças sócio-econômicas, políticas, culturais, ambientais e geográficas vinculadas ao meio urbano, bem como a complexidade da vida urbana, supra mencionadas.(MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009, p. s/n).

Destarte, a epidemia do ano de 2002 ocorreu por conta da entrada de um novo vírus da Dengue, conforme explicitado abaixo por Setúbal e Oliveira [s. d.]:

A primeira epidemia comprovada laboratorialmente ocorreu no Caribe e na Venezuela, em 1963-64, e deveu-se ao DEN-3 (...) Em agosto de 1998 o DEN-3 foi isolado de um paciente febril proveniente da Nicarágua, país que tinha sido a

porta de entrada deste sorotipo nas Américas, em 1994. O paciente retornou ao Brasil dois dias depois de iniciados os sintomas, e o vírus foi isolado numa amostra de sangue colhida no sexto dia de doença, num claro exemplo de como as viagens aéreas podem facilitar a disseminação dos sorotipos e cepas. Somente em janeiro de 2001 o DEN-3 foi isolado em uma infecção autóctone (em uma mulher de 40 anos residente em Nova Iguaçu, no Estado do Rio de Janeiro, com dengue clássico) confirmando assim a introdução deste sorotipo no Brasil.²⁷ A atividade do novo sorotipo não se fez esperar muito. A partir de janeiro de 2002, o Rio de Janeiro e Niterói experimentaram uma epidemia de grandes proporções.(...) (SETÚBAL, OLIVEIRA, [s. d.]

Assim, “segundo a Secretaria de Vigilância em Saúde, com a entrada do DEN-3, no Brasil, a partir do ano de 2002, constatou-se o aumento da letalidade e das hospitalizações no triênio subsequente.” (MENDONÇA; SOUZA; DUTRA, 2009, p. s/n). O DEN-3 teve entrada no país, provavelmente, através da Venezuela, devido ao intenso trânsito de pessoas entre os dois países. (BRAGA, VALLE, 2007).

A epidemia do período 2007/2008 também foi de grandes proporções em número de notificações e óbitos. Então, Cunha e Fonseca (2017) destacam:

(...) ano de 2008, com pico epidêmico registrado no mês de abril, foi mais afetado pela dengue que o ano anterior. O aumento gradual dos casos no final do ano de 2007 parece ter servido de anúncio de que uma epidemia estava para acontecer em 2008, da mesma forma que a rápida diminuição dos casos de dengue a partir de junho de 2008, com certa estabilização do número de casos logo a seguir, provavelmente, pode ter levado à ausência de nova epidemia em 2009. Além disso, o estudo da evolução temporal da temperatura máxima e do índice pluviométrico parece ferramenta promissora na modelagem e previsão da incidência de dengue. (CUNHA, FONSECA, [2017]. s.p.).

Desta maneira, e de acordo com dados da Secretaria Municipal de Saúde/SMS (2017) do município do Rio de Janeiro, a cidade apresentou, entre 2007 e 2008, 137.129 casos notificados de dengue e 188 óbitos, distribuídos conforme a seguir: 2007, 26.506 notificações e 31 óbitos; 2008, 110.623 notificações e 157 óbitos.

Ainda de acordo com dados do Ministério da Saúde, no período 2007-2008, dos 26 estados e mais o Distrito Federal, o Rio de Janeiro figurou entre os onze estados da federação que tiveram números importantes de casos notificados de Dengue para o período. O somatório nestes onze estados foi da ordem de 559.954 casos.

Já entre 2015 e 2016, num horizonte populacional de 6.320.446 habitantes, foram notificados, pelos dados disponibilizados pela SMS, 46.454 casos, com registro de 06 óbitos neste intervalo. O Ministério da Saúde tem disponibilizado em seu site – até o término deste trabalho – apenas os dados tabulados até 2012. Entretanto, o site da SMS/RJ aponta

especificadamente para o ano de 2015, 18.689 notificações com 02 óbitos, contra 27.765 notificados para o ano de 2016, com 04 óbitos.

O que diferenciou o período 2015-2016 foi a entrada dos vírus da Chikungunya e Zika. Em 2015, os casos de Chikungunya e Zika não foram diagnosticados imediatamente pelos profissionais da área de saúde. Desta forma, o quantitativo de casos de Dengue, Chikungunya e Zika ficou pouco claro em princípio.

Então, os dados tabulados com notificações de Zika e Chikungunya não apareceram no site da SMS/RJ (2017) para o ano de 2015, até a conclusão deste trabalho. Estes dados estão disponíveis apenas a partir de 2016. Desta maneira, em 2016, foram notificados 32.240 casos de Zika, com 02 casos de óbitos e 14.143 casos notificados de Chikungunya, com 14 óbitos.

Apesar da maior letalidade da Chikungunya, a Zika inspira maiores preocupações e cuidados por parte das políticas de saúde pública, por causa de sua ligação com a microcefalia, conforme orientações disponíveis no site da SMS/RJ (2017):

O Ministério da Saúde confirmou a relação entre o vírus Zika e a microcefalia. O Instituto Evandro Chagas, órgão do ministério em Belém (PA), encaminhou o resultado de exames realizados em um bebê, nascida no Ceará, com microcefalia e outras malformações congênitas. Em amostras de sangue e tecidos, foi identificada a presença do vírus Zika. Essa é uma situação inédita na pesquisa científica mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Centro de Prevenção e Controle de Doenças (CDC) dos Estados Unidos também confirmam a relação.

As investigações sobre o tema, entretanto, continuam em andamento para esclarecer questões como a transmissão desse agente, a sua atuação no organismo humano, a infecção do feto e período de maior vulnerabilidade para a gestante. Em análise inicial, o risco está associado aos primeiros três meses de gravidez. O achado reforça o chamado para uma mobilização nacional para conter o mosquito transmissor, o *Aedes aegypti*, responsável pela disseminação doença. (SMS/RJ, 2017).

Por outro lado, em consonância com os números de notificações de casos, para os períodos de 2008 e 2015, estão os percentuais de infestação constatados pelo Lira (Levantamento de índice rápido) requisitado pelo Ministério da Saúde no mês de outubro de cada ano e executado pelos municípios. Desta maneira, de acordo com os dados disponibilizados pela SMS/RJ(2017), em 2008, o referido levantamento apontou o percentual de 2,9% – índice predial de focos de larvas do mosquito *Aedes Aegypti* bem acima daquele recomendado pela OMS (Organização Mundial de Saúde), que é de 1,0% no máximo – enquanto em 2015 o índice ficou em 0,8%, portanto, dentro do percentual de tolerância apontado acima.

Assim, o índice menor para 2015 não impediu uma nova epidemia, visto que não adianta a informação de determinado dado se esta informação não vier acompanhada de ações que impeçam e/ou minimizem ao máximo os danos à saúde da população.

Na contramão da rapidez de proliferação do mosquito principalmente no verão, está a lentidão das ações do poder público. Isto porque os agentes de vigilância em saúde deveriam trabalhar de forma efetiva no sentido da prevenção, tendo, para isso, maior poder de resolução dos problemas em seus setores de trabalho, como poder de multa, além das parcerias já elencadas no primeiro capítulo.

Então, em retorno ao objetivo principal deste capítulo, a hipótese é que a mensagem educativa esconde as contradições das diversas ações sociais estabelecidas pelo Estado, uma vez que a visita casa a casa pode se constituir numa forma velada de culpabilização da população pela proliferação do *aedes aegypti* e, conseqüentemente, pela propagação da Dengue e outras doenças transmitidas através do referido mosquito.

Pretende-se, ainda, associar-se a utilização dos panfletos e cartazes nos períodos de epidemias, buscando a percepção de mudanças nos tipos de propagandas veiculadas e nas formas de abordagem feitas por intermédio destes materiais. Busca-se, além disso, a evidenciação da intensificação do uso destas estratégias como uma ferramenta eficaz para o enfrentamento das diversas epidemias.

3.2) Categorias e aspectos da análise

Inicialmente, vale explicitar que, comumente, para se estabelecer uma comunicação, devem existir elementos-base; são eles: o enunciado, a enunciação, o enunciador e o co-enunciador. Assim, Maingueneau tece algumas considerações acerca do que seja um enunciado:

Para fazer referência às produções verbais, os lingüistas não dispõem somente do termo “discurso”: recorrem também a enunciado e texto, termos que recebem definições diversas. Atribuem-se, com efeito, a “enunciado” diferentes valores, (...).

(...) Outros opõe a frase, considerada fora de qualquer contexto, à diversidade de enunciados que lhe correspondem, segundo a variedade de contextos em que essa frase pode figurar. Assim, em nosso exemplo (...), “Não fumar” é uma frase se considerarmos fora de qualquer contexto particular, mas é um “enunciado” quando inscrito num dado contexto: escrito em letras maiúsculas vermelhas, em determinado lugar da sala de espera de um hospital, trata-se de um enunciado”; escrito sobre a pintura no muro de uma casa, constitui um outro “enunciado”, e assim por diante; (MAINGUENEAU, 2001, p. 56).

Em seguimento à conceituação proposta acima, e de acordo com a Enciclopédia Intercom de Comunicação (2010), enunciação significa:

A enunciação é o ato de produção de um enunciado. Em outras palavras, é o processo de uso da linguagem, situado em tempo e espaço determinados, cujo produto é uma sequência verbal dotada de sentido e sintaticamente completa. A enunciação pode ser entendida como a relação entre a língua e o mundo. A partir dela, os fatos são representados e também sua ocorrência se constitui em um fato em si (MAINGUENEAU, 2000). Duas questões importantes devem ser levantadas ao se definir o processo de enunciação. Apesar de se caracterizar como ação do enunciador, a enunciação não deve ser compreendida de forma isolada as múltiplas limitações estabelecidas pelo contexto sócio-linguístico paradigmático. Em cada esfera da vida humana, haveria um tipo relativamente estável de enunciado, incluindo certo conteúdo temático, estilo verbal e, notadamente, construção composicional dos elementos linguísticos. Esse tipo estável de enunciado reflete as condições e finalidades específicas de cada esfera (BAKHTIN, 1992). Nesse sentido, o ato de enunciação tende a acompanhar o que está previamente definido para o contexto. A segunda questão se refere à natureza necessariamente dialógica da enunciação. Os sentidos dos enunciados são frutos da interação entre diversas vozes. As vozes compreendem diálogos, negociações, discursos existentes previamente ao enunciado e com os quais ele se constrói (SPINK; MEDRADO, 1999). A enunciação se configura explícita ou implicitamente a partir de relações de apoio ou oposição as vozes, posicionando-se no mundo social. Ademais, o próprio posicionamento temporal, social e espacial da enunciação confere sentido aos aspectos semânticos do enunciado, como aqueles contidos em advérbios, tempos e pessoas verbais. Apesar de sua natureza social e dialógica, é importante ressaltar que, por se constituir como prática discursiva, a enunciação não deixa de ser uma ação que pode atualizar as propriedades pertinentes ao paradigma em que se insere, alterando e incluindo sentidos as esferas da vida humana. (ALMEIDA, 2010, p. 463).

Quanto ao significado de enunciador, e de acordo com a Enciclopédia Intercom de Comunicação (2010):

Formulados como instâncias produtoras e leitoras de enunciados, os conceitos de enunciador / enunciatário não se confundem com emissor/receptor uma vez que a enunciação aqui não se reporta ao contexto de transmissão de informação. Enunciador é o sujeito produtor do enunciado ao mesmo tempo em que é produzido por este. Enunciatário é, igualmente, construído pelo objeto de sentido em questão: o enunciatário é o sujeito produtor do discurso no ato de leitura. Por isso, ambos desempenham o papel de sujeito discursivo. (MACHADO, 2010, p. 463-4).

Para Maingueneau (2001), “nos diferentes gêneros do discurso, já se determina de quem parte e a quem se dirige a fala” (MAINGUENEAU, 2001, p. 66). Então, pontua-se que a comunicação é feita carregada de sentidos, acordos e conhecimentos prévios, em que se pressupõe que todos os envolvidos no processo sejam conhecedores das normas gerais de entendimento para que a comunicação aconteça. Não obstante, problematiza-se a comunicação de um ponto de vista social, histórico e discursivo. Assim, destaca-se também, o lugar e o momento em que ocorre a enunciação.

Para o reconhecimento dos gêneros e tipos que abrangem o processo comunicacional, voltado para os grandes grupos sociais, será, como já mencionado, utilizado como referencial a obra de Dominique Maingueneau (2001). Então, primeiramente, convém estabelecer algumas considerações da referida obra, estabelecendo, também, a sua relação com o presente trabalho.

De acordo com Maingueneau:

As leis do discurso não são normas de uma conversação ideal, mas regras que desempenham um papel crucial no processo de compreensão dos enunciados. Pelo simples fato de serem supostamente conhecidas pelos interlocutores, elas permitem a transmissão de conteúdos **implícitos**. (...)

(...) Esse tipo de implícito que se evidencia pelo confronto do enunciado com o contexto de enunciação, postulando-se que as leis do discurso são respeitadas, é denominado **subentendido**. Em geral, opõe-se o subentendido a um outro tipo de implícito, os pressupostos, que vêm inscritos *no enunciado*. (MAINGUENEAU, 2001, p. 32-3 – grifos do autor).

Desta forma, além do contexto em que se vai lançar o enunciado, um outro aspecto deve ser observado: se a mensagem emitida é importante, se é adequada às necessidades do momento, obedecendo ao que o autor denomina de Lei da Pertinência:

A lei da pertinência recebe definições variadas, intuitivas ou sofisticadas. Intuitivamente, estipula que uma enunciação deve ser maximamente adequada ao contexto em que acontece: deve interessar ao destinatário, fornecendo-lhe informações que modifiquem a situação. (MAINGUENEAU, 2001, p. 34).

Ainda à guisa de informação, o autor declara que o discurso é uma forma de intervenção no mundo, ou ainda:

Falar é uma forma de *ação* sobre o outro e não apenas uma representação do mundo. A problemática dos “atos de linguagem” (ou “atos de fala”, ou ainda, “atos de discurso”), desenvolvida a partir dos anos sessenta por filósofos como J. L. Austin (*Quando dizer é fazer*, 1962) e J. R. Searle (*Os atos de linguagem*, 1969), mostrou que toda enunciação constitui um ato (prometer, sugerir, afirmar, interrogar etc.) que visa modificar uma situação. Em um nível superior, esses atos elementares se integram em discursos de um *gênero* determinado (um panfleto, uma consulta médica, um telejornal etc.) que visam produzir uma modificação nos destinatários. (MAINGUENEAU, 2001, p. 53. Grifo do autor).

Ainda, com relação aos tipos e gêneros do discurso, Maingueneau (2001) ressalta que as tipologias comunicacionais diferem das tipologias de gênero de discurso, pois aquelas atravessam o tempo e sempre existirão, pois, são à base da comunicação. Já estas são criadas dentro de um contexto social, justificando-o e sendo por ele justificadas.

O autor explicita que, embora muitos autores não diferenciem os gêneros dos tipos discursivos, os mesmos são diferentes, pois os gêneros estão dispostos dentro de variados

tipos de discursos que, por sua vez, podem fazer parte “de um conjunto mais vasto” de tipos de discursos.

São apontados pelo autor, também, como gêneros de discursos, o lugar institucional (como um hospital, uma empresa), o estatuto dos parceiros (“entre adultos e crianças, homens e mulheres” entre outros) e posicionamentos de natureza ideológica. Maingueneau (2001) propõe que deveria haver tipologias propriamente discursivas, já que para a análise do discurso é necessário uma multiplicidade delas e que não tem como se constituir uma análise privilegiando tal ou qual tipo e gênero. O mesmo acredita que, com o desenvolvimento das pesquisas, “tais tipologias não deixarão de se desenvolver.” (MAINGUENEAU, 2001, p. 63).

Para Maingueneau:

Os gêneros de discurso não podem ser considerados como formas que se encontram à disposição do locutor a fim de que este molde seu enunciado nessas formas. Trata-se na realidade, de atividades sociais que, por isso mesmo, são submetidas a um critério de êxito. Os “atos de linguagem” (...) são submetidos a condições de êxito: (...). Ato de linguagem de um nível de complexidade superior, um gênero de discurso encontra-se também submetido a um conjunto de condições de êxito. (...) Todo gênero de discurso visa a um certo tipo de modificação da situação da qual participa. Essa finalidade se define ao se responder à questão implícita: “Estamos aqui para dizer ou fazer o quê? (...) A determinação correta dessa finalidade é indispensável para que o destinatário possa ter um comportamento adequado ao gênero de discurso utilizado. (MAINGUENEAU, 2001, p. 65-66).

A presente análise parte, portanto, de Maingueneau, considerando que uma comunicação se completa, não com um, mas com diversos gêneros; que os gêneros escolhidos, para que se exerça uma comunicação, dependem do contexto em que irá se realizar e dos atores que dela irão participar.

Cabe, neste ponto, explicitar o que seja gênero discursivo. De acordo com a Enciclopédia Intercom de Comunicação (2010), gênero discursivo significa:

(...) são realizações da linguagem e se apresentam sob forma de seus enunciados concretos, desenvolvidos com o surgimento da prosa comunicativa. (...) os gêneros discursivos incluem toda sorte de diálogos cotidianos bem como enunciações da vida pública, institucional, artística, científica e filosófica. (...) O estudo dos gêneros discursivos considera, sobretudo, “a natureza do enunciado” em sua diversidade e nas diferentes esferas da atividade comunicacional, (...). Os enunciados configuram tipos de gêneros discursivos e funcionam, em relação a eles, como “correias de transmissão entre a história da sociedade e a história da língua” (...). A vinculação dos gêneros discursivos aos enunciados concretos introduz uma abordagem linguística centrada na função comunicativa em detrimento até mesmo de algumas tendências dominantes como a função expressiva da fala. Nesse caso, valoriza-se o processo de interação “ativa”, quer dizer, todo discurso só pode ser pensado como resposta. (MACHADO, 2010, p. 592-3).

Desta forma, ao analisar os panfletos e cartazes, trabalharemos com a categoria de gênero de discurso. Ao se afirmar que esses panfletos e cartazes são publicitários (mais adiante, será explicitada esta denominação) aplicaremos a categoria de tipos de discurso.

Então, cabe explicitar, neste ponto, o significado de panfleto. Embora Costa (2012) não mencione o “cartaz”, ao conceituar “panfleto”, o mesmo participa da mesma categoria. Assim:

Panfleto, prospecto, volante ou folder se define como “um texto publicitário curto, impresso em folha avulsa, com distribuição corpo a corpo feita em locais de grande circulação. Como texto de conteúdo político, usado para convocar/convidar a população ou determinados grupos sociais para alguma manifestação/ato/contestação pública, circula também em folha avulsa e o texto é de estilo veemente e sensacionalista.” (COSTA, 2012, p. 187).

Deste modo, no presente trabalho, serão analisados os gêneros de discurso “panfleto e cartaz”. Apesar da descrição do verbete acima, observamos que, com os avanços tecnológicos, não cabe pensar em panfleto apenas como uma comunicação feita em papel impresso, pois este material pode estar disponível não só na forma impressa, como também nas comunicações via internet, nos vídeos televisivos, redes particulares, outdoors eletrônicos, mensagens específicas em celulares, entre outros. Embora esta diversidade de suportes não seja objeto propriamente do presente trabalho, é importante ressaltar que,

Quando tratamos do mídiu de um gênero de discurso, não basta levar em conta seu suporte material no sentido estrito (oral, escrito, manuscrito, televisivo etc.). É necessário também considerar o conjunto do circuito que organiza a fala. A comunicação não é, com efeito, um processo linear: inicialmente, uma necessidade de se exprimir por parte do enunciador; a seguir, a concepção de um sentido; depois, a escolha de um suporte e de um gênero; posteriormente, a redação; a seguir a busca de um modo de difusão; finalmente, o hipotético encontro com o destinatário. Na realidade, é necessário partir de um *dispositivo comunicacional* que integre logo de saída o mídiu. O modo de transporte e de recepção do enunciado condiciona a própria constituição do texto, modela o gênero de discurso. Muitas mutações sociais se manifestam através de uma simples troca de lugares e de canal; toda uma transformação da sociedade aí se encontra implicada. Uma sociedade, repetimos, não se distingue das formas de comunicação que ela torna possíveis e que a tornam possível. (MAINGUENEAU, 2001, p. 72. Grifo do autor).

Desta maneira, ainda que o Agente de Vigilância em Saúde converse com o morador sobre o que o mesmo deve fazer dentro do imóvel para prevenir focos de larvas de mosquitos, e que o conteúdo desta conversa seja o mesmo que consta no panfleto, as duas formas de enunciação são diferentes,

A distinção entre “oral” e “escrito” envolve igualmente uma distinção entre enunciados **dependentes** e enunciados **independentes** do ambiente não verbal. No primeiro caso, os enunciados são dirigidos a um co-enunciador presente no mesmo ambiente físico do enunciador; no segundo, os enunciados são *diferidos*, ou seja, concebidos em função de um destinatário que se encontra em um outro ambiente. (MAINGUENEAU, 2001, p. 75. Grifo do autor).

Assim, o panfleto ganha importância, na medida em que, por seu formato, obtém um longo alcance, atendendo às necessidades de uma propaganda voltada para a saúde pública. Esse tipo de propaganda visa um grande público e, por isso mesmo, deve visar à facilidade de entendimento.

Maingueneau faz importante colocação sobre o conceito de texto, esclarecendo que

“texto” emprega-se igualmente com um valor mais preciso, quando se trata de apreender o enunciado como um todo, como constituindo uma totalidade coerente. O ramo da lingüística que estuda essa coerência chama-se precisamente “lingüística textual”. Com efeito, tende-se a falar de “texto” quando se trata de produções verbais orais ou escritas, estruturadas de forma a perdurarem, a se repetirem, a circularem longe de seu contexto original. É por isso que, no uso corrente, fala-se, de preferência, de “textos literários”, “textos jurídicos”, evitando-se chamar de “texto” uma conversa. (MAINGUENEAU, 2001, p. 57).

Maingueneau, ainda sobre texto, chama a atenção para a possibilidade de o público remoto – no sentido de afastado - poder refletir, pensar sobre o enunciado, fazer comparações, perceber peculiaridades:

Um texto escrito possui propriedades evidentes:

- ele pode circular longe de sua origem, encontrar públicos imprevisíveis sem precisar ser modificado a cada vez. Como quem escreve não pode controlar a recepção de seu enunciado, é obrigado a estruturá-lo de maneira a torná-lo compreensível, ou seja, é obrigado a fazer de seu enunciado um texto, no sentido mais pleno do termo;
- a distância que assim se estabelece entre co-enunciador e texto escrito abre um espaço para um comentário crítico ou para análises: o leitor pode sondar o texto, comparar certas partes, de forma a elaborar interpretações. (MAINGUENEAU, 2001, p. 79).

No fragmento abaixo, Maingueneau dá continuidade à questão da relação tempo/espaço e distância entre enunciador e co-enunciador em que a forma e a materialidade da enunciação traz, para o enunciado evidenciado pelo panfleto, uma substancial contribuição para o objetivo de atingir um grande público,

O ato de imprimir acentua profundamente os efeitos da escritura. Oferecendo a possibilidade de imprimir um número considerável de textos perfeitamente idênticos e uniformes, é conferida uma autonomia ainda maior aos leitores. (...) O texto impresso, ao dispor caracteres invariantes sobre o espaço branco de uma página idêntica às outras, abstrai o texto da comunicação direta, de pessoa a pessoa. (...) Com a escrita e, sobretudo, com a impressão, o texto explora cada vez mais o fato de *ocupar um certo espaço material*. Um enunciado que não é proferido por um locutor presente ou que não circula num ambiente estrito de pessoas que se conhecem deve *conter tudo aquilo que é necessário para ser decifrado*. Faz-se necessária uma pontuação unívoca e minuciosa quando o leitor não participa ou participa muito pouco do universo do autor, quando a convivência entre eles é fraca. (MAINGUENEAU, 2001, p. 80).

Outro ponto significativo para o entendimento da utilização dos panfletos diz respeito à capacidade que os mesmos possuem de conter, além de textos, também desenhos, gravuras, animações. Desta forma, a capacidade de alcance de público leitor torna-se infinito, para além de sua materialidade e, por isso mesmo, apresenta – na maioria das vezes – um enunciado de fácil entendimento.

Então, de acordo com Maingueneau:

A espacialidade do escrito e do impresso permite também que lhes associemos elementos *icônicos* variados (esquemas, desenhos, gravuras, fotos etc.) e um *paratexto*. Denominamos “paratexto” o conjunto de fragmentos verbais que acompanham o texto propriamente dito; pode se tratar de unidades amplas (prefácios, textos figurando na capa etc.) (...). (MAINGUENEAU, 2001, p. 81. Grifo do autor).

Até agora, norteou-se o entendimento sobre os gêneros escolhidos, que são os panfletos e cartazes. Porém, se faz importante, também, explicitar o tipo de discurso a que se referem estes gêneros, qual seja, o publicitário. Aqui, abre-se um parêntese para definir, então, o discurso publicitário, a partir de Lima (2010), que apresenta os diversos elementos observados – e que serão utilizados adiante – para se definir esta estratégia em comunicação em saúde:

O texto publicitário nasce na conjunção de vários fatores, quer psicossociais, quer econômicos, quer do uso daquele enorme conjunto de efeitos retóricos aos quais não faltam as figuras de linguagem, as técnicas argumentativas, os raciocínios. Ele pode tender à busca de uma originalidade instigante, ou seguir uma direção oposta, repetindo esquemas estereotipados, feitos em menor grau de originalidade, porém com igual força persuasiva. Alguns esquemas básicos usados na publicidade a fim de obter o convencimento dos receptores:

1. O uso de estereótipos – esquemas, fórmulas já consagradas. A grande característica do estereótipo é que ele impede qualquer questionamento acerca do que está sendo enunciado, já que é algo de domínio público, uma “verdade” consagrada.

2. A substituição de nomes – mudam-se termos com o intuito de influenciar positiva ou negativamente. Eufemismos, metáforas e paronomásias se prestam a esses casos.

3. Criação de inimigos – o discurso persuasivo costuma criar inimigos mais ou menos imagináveis: sabão em pó versus sujeira, creme dental versus tártaro, produto versus concorrente.

4. Apelo à autoridade – chamamento a alguém que valide o que está sendo afirmado.

5. Afirmação e repetição – são dois importantes esquemas utilizados pelo discurso persuasivo, já que, como apregoava Goebbels, o teórico da propaganda nazista, “uma mentira repetida muitas vezes é mais eficaz do que a verdade dita uma única vez”. (LIMA, 2010, p. s. n.).

Retomando Maingueneau, em referência a questão da cena de enunciação, o autor trabalha com a categoria “cena englobante”. Assim, cena englobante é todo o contexto em que se situa desde o enunciador, até o co-enunciador, ou ainda, quem fala, de onde fala, qual ou quais objetivos do enunciado, a quem se dirige, quais conhecimentos prévios são desejáveis de todos os atores envolvidos no processo comunicacional.

A cena englobante é a que corresponde ao tipo de discurso. Quando recebemos um folheto na rua, devemos ser capazes de determinar a que tipo de discurso ele pertence: religioso, político, publicitário etc., ou seja, qual é a cena englobante na qual é preciso que nos situemos para interpretá-lo, em nome de quê o referido folheto interpela o leitor, em função de qual finalidade ele foi organizado. Uma enunciação política, por exemplo, implica um “cidadão” dirigindo-se a outros “cidadãos”. Uma caracterização mínima, certamente, mas que nada tem de intemporal, pois é ela que define a situação dos parceiros e um certo quadro espaço-temporal.

(...) Todo discurso, por sua manifestação mesma, pretende convencer instituindo a cena de enunciação que o legitima. (...).

(...) Essa variação parece estar muito ligada à finalidade dos gêneros de discurso. A lista telefônica, que não fornece uma cenografia, é um gênero puramente utilitário. Em compensação, o discurso publicitário ou o discurso político mobilizam cenografias variadas na medida em que, para persuadir seu co-enunciador, devem captar seu imaginário e atribuir-lhe uma identidade, por meio de uma cena da fala valorizada.

(...) uma cenografia pode apoiar-se em cenas de fala que chamaremos de **validadas**, isto é, já instaladas na memória coletiva, seja a título de modelos que se rejeitam ou de modelos que se valorizam. (...) O repertório das cenas disponíveis varia em função do grupo visado pelo discurso: uma comunidade de fortes convicções (uma seita religiosa, uma escola filosófica etc.) possui sua memória própria; mas, de modo geral, podemos associar a qualquer público, por vasto e heterogêneo que seja, uma certa quantidade de cenas supostamente compartilhadas. Se falamos de “cena validada” não se caracteriza propriamente como discurso, mas como um estereótipo autonomizado, descontextualizado, disponível para reinvestimentos em outros textos. Ela se fixa facilmente em representações arquetípicas popularizadas pelas mídias. (MAINGUENEAU, 2001, p.86 e 87, 90 e 92).

O autor pontua que, num enunciado, diversos tipos de cena – a cena englobante, a cena genérica, a cenografia e a cena validada – não raro, se antagonizam por seu tipo específico e que “essas tensões não podem ser totalmente resolvidas, mas o texto procura atenuá-las, fazê-las serem esquecidas.” (MAINGUENEAU, 2001, p. 92-3).

Dando prosseguimento às reflexões de Maingueneau sobre discurso e seus elementos, o mesmo chama a atenção, através do fragmento abaixo, para o não esquecimento de que todo enunciado possui uma voz subjacente, uma ação verbal, independentemente de ser o texto falado ou escrito.

Apresentamos os enunciados como sendo o produto de uma enunciação que implica uma cena. Mas isso não basta: toda fala procede de um enunciador encarnado;

mesmo quando escrito, um texto é sustentado por uma voz – a de um sujeito situado para além texto. (MAINGUENEAU, 2001, p. 95).

Em outras palavras, um texto é vivo, dinâmico, se movimenta através do próprio movimento da vida, da história, ganhando, corpo, forma, voz, e que modifica o outro – o co-enunciador – inserindo-o em novas maneiras de pensar e conceber o ambiente, o espaço, o tempo. Como aponta Maingueneau:

Dessa maneira, seja por intermédio das pessoas, do tempo ou da modalidade, a atividade enunciativa se mostra essencialmente reflexiva: ela fala do mundo apontando, de algum modo, com o dedo, para sua própria atividade de fala. Dizer “eu” significa ao mesmo tempo designar alguém e mostrar que esse alguém é precisamente aquele que profere o enunciado em que aparece esse “eu”. Da mesma forma, um verbo empregado no presente designa o próprio momento em que se produz o enunciado que contém esse presente. (MAINGUENEAU, 2001, p. 108).

Assim, através do texto – no caso da presente análise, através do panfleto – o co-enunciador tem acesso a informações necessárias para controlar focos de mosquito transmissor de diversas doenças, desde que, siga às orientações prescritas com a efetiva mudança de comportamentos e hábitos. Destarte, evita-se a própria doença, qual seja, a dengue, entre outras.

E, de acordo com Maingueneau,

“São, portanto, duas maneiras complementares de fazer com que o co-enunciador descubra o referente de unidades do enunciado: o co-enunciador pode se apoiar ou na **situação de enunciação** (embreantes)”, ou seja, a categoria de tempo, pessoa o espaço parte da enunciação, “ou **em outros elementos do enunciado** (cotexto).”(MAINGUENEAU, 2001,p. 109-110. Grifos do autor).

Ou seja, essas categorias têm, como referencial, elementos pertencentes ao próprio texto do enunciado. Além do que, essas referências podem ser relativas às categorias de tempo, pessoa e, ou espaço. E, ainda, segundo o autor:

O locutor pode, na verdade, mobilizar três tipos de referência: as referências baseadas na *enunciação*, as referências baseadas no *cotexto*, ou ainda as referências *fora de contexto*, isto é, as que não se baseiam nem na enunciação, nem no cotexto. (MAINGUENEAU, 2001,p.111. Grifos do autor).

Então, como explicitado acima, o texto do panfleto e do cartaz pode conter diversos elementos que induzam às mudanças na forma de pensar, com a criação de novos hábitos. Isto faz com que o receptor da mensagem, ancorado nesses elementos, possa estabelecer novas formas de atuar em seu ambiente cotidiano melhorando, por conseguinte, sua qualidade de vida. Ou, dependendo da atuação do enunciado sobre o leitor, e deste sobre o enunciado, o processo comunicacional pode terminar por transformar este leitor em culpado, por não observar as informações disseminadas através dos meios de comunicação. Ou ainda, tudo

depende de como o receptor da mensagem irá atuar a partir da leitura do panfleto, quais modificações o mesmo efetivará em seu meio ambiente. O não cumprimento destas mudanças pode significar o aparecimento de doenças e talvez, até mesmo, a morte.

Dessa maneira, conforme o fragmento abaixo, na enunciação cabem ordens e colocações diversas, que acabam por induzir, se não a modificação de hábitos, a culpabilização do leitor-cidadão pela doença ou pela saúde. Então,

Pode-se produzir um enunciado que comporte embreantes e que esteja, portanto, **em relação com a situação de enunciação**; fala-se, então, de enunciado embreado. Geralmente esse tipo de enunciado contém, além de embreantes, outras marcas da presença do enunciador: apreciações, interjeições, exclamações, ordens, interpelação do co-enunciador...(MAINGUENEAU, 2001, p. 113. Grifo do autor).

Na seqüência, Maingueneau trabalha a questão da responsabilidade pelo enunciado. O autor pontua que pode ocorrer do texto possuir um discurso direto. Sendo assim, o enunciador é o responsável pelo texto. Ou pode ser mencionado alguém de fora da enunciação, tornando-se este o referido responsável. Como explicitado abaixo:

Em geral, o indivíduo que fala e se manifesta como “eu” no enunciado é também aquele que se responsabiliza por esse enunciado. (...) o enunciador é aquele em relação ao qual se definem os parâmetros de situação de enunciação (...). Na verdade, porém, essa dupla equivalência é frequentemente questionada:

Enunciador = fonte de referências da situação de enunciação

Enunciador = responsável pelo ato da fala

(...) Quando o enunciador cita no discurso direto a fala de alguém, não se coloca como responsável por essa fala, nem como sendo o ponto de referência de sua ancoragem na situação de enunciação (...). (MAINGUENEAU, 2001, p. 137 e 138).

Por fim, o autor aborda os provérbios e slogans muito utilizados nos panfletos e cartazes analisados no presente trabalho, por serem os mesmos dotados de simplicidade, possuírem linguagem direta e poucas palavras. Principalmente quanto aos provérbios, estes existem no imaginário do povo, o chamado senso comum, verdade inquestionável, sabedoria do povo. Ou, como no dizer de Maingueneau:

O slogan, seja publicitário ou político, não deixa de ter uma certa semelhança com o provérbio. Fórmula curta, destinada a ser repetida por um número ilimitado de locutores, que joga também com rimas, simetrias silábicas, sintáticas ou lexicais, o slogan, como o provérbio, constitui uma espécie de citação: aquele que diz (...) “Coca-Cola é isso aí!” não toma para si a responsabilidade por esses enunciados, apresentando-os como citações sem explicitar a fonte, que supõe ser do conhecimento do co-enunciador. (MAINGUENEAU, 2001, p. 171).

3.3) Análise do corpus – cartazes e panfletos

Apesar do objeto desta dissertação se voltar para panfleto e cartaz, cabe observar que a propaganda de saúde pública é feita para um público heterogêneo. Por isso, há uma multiplicidade de gêneros no processo comunicacional na educação em saúde, visando o controle do mosquito *aedes aegypti*.

Aplica-se, a partir deste ponto, a análise do corpus, num universo complexo de panfletos impressos (com materialidade, ou seja, existência física) e outros coletados via internet, utilizando-se a teoria discursiva de Maingueneau, exposta no item anterior.

Observa-se que, ao longo do tempo, as orientações gerais e a forma de apresentá-las – em forma de desenhos – sofreram poucas mudanças. Com efeito, as propagandas são produzidas e padronizadas pelo Ministério da Saúde. Estas propagandas são disponibilizadas e, assim, além do próprio Ministério da Saúde, os entes federativos – estados e municípios, além de ONG's e instituições públicas e privadas – adicionam telefones das centrais de atendimento, logomarcas institucionais, sites, entre outras informações pertinentes a estas orientações gerais. Por isso, os panfletos e cartazes veiculados pela prefeitura atendem bem às prescrições de Maingueneau (2001, p. 79), uma vez que as informações neles contidas atendem a um público heterogêneo, e, portanto, precisam ser simples e claros.

Eles podem conter, além das informações centrais, uma diversidade de figuras conhecidas do grande público (Figuras 7 e 9), desenhos (Figura 4), gente do povo (Figura 8), imagens de Agentes (Figuras 1a e 3), dentre outros profissionais da área da saúde, ou, ainda, representações reais de depósitos diversos (Figuras 18 e 19) e ações cotidianas (Figura 13), tentando abranger, deste modo, todos os pontos necessários ao atingimento dos objetivos principais: ao mesmo tempo, a mudança de hábito e o alcance de uma maior qualidade de vida, e a culpabilização-responsabilização.

Por outro lado, observa-se, nos folders e cartazes, muitas continuidades. Por mais que partes dos mesmos recebam imagens de gente do povo, alunos de escolas de ensino fundamental, pessoas conhecidas pelo co-enunciador, agentes de saúde, bem como a imagem do mosquito, seja em desenho ou fotografia – estas são as partes diferenciais dos mesmos tipos de informações, porém, sempre obedecendo a Lei da Pertinência postulada por Maingueneau (2001, p.34).

Conforme explicitado acima, a continuidade aparece sempre em algum ponto do material informativo, seja na parte de trás, ao lado ou embaixo das imagens citadas anteriormente. Pode-se verificá-las através das Figuras 1b, 2b, 14, 15, 18 e 19. Essas continuidades representam as orientações dos cuidados devidos nos imóveis, que podem vir, não necessariamente, na mesma ordem, mas todas estão sempre presentes, obedecendo ao objetivo do enunciado, a fim de atender à necessidade de modificar uma situação, conforme preconizado por Maingueneau (2001, p 65-66). São elas:

- **VEDAÇÃO DE CAIXAS D'ÁGUA** – frisa-se, que, para o trabalho de vigilância em saúde, só é considerada como caixa d'água aquele depósito colocado no alto do imóvel com o fim de coletar água potável para uso doméstico, entre outros. Assim, por conta do manejo para manutenção, da exposição às intempéries (sol e chuva, perda por ventos fortes, por exemplo), é comum caixas d'água acabarem por perder sua tampa e os moradores encontram grandes dificuldades de reposição por conta do comércio, ou por vender a tampa por valor bem aproximado do depósito completo (caixa e tampa), ou por não vender a tampa separada, obrigando a compra completa. Observa-se que não é todo dia que se pode trocar uma caixa d'água por outra, por conta do trabalho e custo envolvidos. Então, se faz necessário que as autoridades competentes normatizem a comercialização das caixas d'águas e suas tampas com o objetivo de facilitar a reposição de partes das mesmas.
- **VEDAÇÃO DE GALÕES, TONÉIS, POÇOS E TAMBORES** – a comunicação oficial reconhece a existência de armazenamento de água em depósitos precários, então, admite publicamente a deficiência do abastecimento de água, contudo, transfere essa responsabilidade, exigindo que o cidadão cuide desses depósitos, apagando a enorme lentidão para se resolver a questão do abastecimento de água na cidade, por outro.
- **A PROTEÇÃO DE PNEUS EM LUGARES COBERTOS E SEM CONTER ÁGUA** – o poder público ainda não conseguiu dar um destino correto a estes materiais, ficando o cidadão responsável por esta tarefa irrealizável a nível individual.
- **RALOS LIMPOS COM TELA** – este é outro item que merece mais estudos por parte dos profissionais, pois quando se orienta a cobrir o ralo com tela, o que está sendo coberto é o ponto visível ao morador. Porém, se o mosquito ovipõe na borda do depósito, e o ovo consegue penetrar pelos furos da tela, se faz necessário conhecer

onde este ralo desemboca, pois senão de nada adianta, uma vez que o mosquito nascerá em outro ponto da rede de esgoto desconhecida do morador, mas possível ao trânsito do mosquito. O mais correto é sempre manter a limpeza, com colocação dos produtos biodegradáveis orientados pelos agentes por ocasião de sua visita.

- GARRAFAS VAZIAS – estas, como os pneus, representam um outro nó para a limpeza urbana. Fala-se tanto em como acondicioná-las, que se esquece que hoje cerca de 90%, ou até mais, das garrafas não são mais retornáveis; com facilidade lê-se em seus rótulos que as mesmas são recicláveis e, portanto, quem deveria buscar uma solução para as mesmas é o poder público e não os cidadãos individualmente.
- ENTULHO E LIXO – embora este item tenha sido tratado no capítulo primeiro deste trabalho, cabe pontuar que, o poder público oficializa o horário de coleta de lixo, bem como a forma correta de solicitar a coleta de entulho, sem levar em consideração o horário em que o cidadão estará apto a disponibilizar o lixo e o entulho para a devida coleta.
- Bebedouros, piscinas, pratinhos de planta, baldes, calhas, lixeiras, lajes, bandeja externa de geladeira, bromélias, lagos, cacos de vidro no muro, canteiros de obra, tampinhas de garrafas, casca de ovo, vaso sanitário com pouco ou nenhum uso, depósitos diversos, em uso, que possam acumular água – estes itens merecem atenção, de acordo com as orientações dos agentes e profissionais da saúde, e igualmente constantes nos diversos informes, como os próprios folders e cartazes.

Então, dando continuidade à análise do corpus, observa-se que os panfletos e cartazes – como visto, anteriormente, um gênero do discurso – são utilizados por sua facilidade de disseminação. Os panfletos e cartazes obedecem “A Lei da Pertinência” preconizada por Maingueneau, pois, verdadeiramente, todos os brasileiros são contra ficar doentes por dengue. Ainda, esses panfletos e cartazes são do tipo publicitário, buscando abarcar a grande quantidade de receptores a quem se dirige.

São evidenciados, nos panfletos e cartazes, tanto o texto como a fotografia (Maingueneau, 2001, p.81). Busca-se, desta forma, a facilitação da comunicação e do entendimento por um número, o maior possível, de leitores através de sua identificação com uma ou outra forma de comunicação, ou até mesmo com as duas.

Em alguns textos, são utilizadas verdades já consagradas, através do parafraseamento de um provérbio (Maingueneau, 2001, p. 171), como é o caso da Figura 10, que encabeça o panfleto com letras em caixa baixa e cor padrão de escrita (o preto), dando um caráter de normalidade aos dizeres, um lugar comum: “Um é pouco, dois é bom, uma multidão é melhor ainda.” Ou ainda, o parafraseamento de um dito popular – atribuído, por sua vez, a um versículo bíblico – “E você, já fez a sua parte?” constante na Figura 14.

Na Figura 1a, pode-se observar que são evidenciados, no texto central, elementos típicos da publicidade, como a palavra de ordem (Maingueneau, 2001, p. 113), presente com os seguintes dizeres: “Combater a Dengue é um dever meu, seu, nosso”, deixando clara a inclusão do enunciador encarnado através do termo “meu” e “nosso”. (Maingueneau, 2001, p. 95).

A Figura 3 também apresenta palavras de ordem: “Elimine os focos do mosquito da dengue”. E ainda, a Figura 8, repleta de informações, tem, em um de seus dizeres, a seguinte palavra de ordem: “Semana de limpeza (em vermelho e com letras menores: não dê folga para o) mosquito *aedes aegypti*”. Ou seja, a parte da frase que aparece em vermelho e em tamanho menor “não dê folga para o”, à primeira leitura, parece estar inacabada. Porém, seu sentido se completa com o termo seguinte – “mosquito” – escrito, assim como a palavra “semana”, em letras pretas em tamanho maior que o restante da frase. Assim, as palavras “semana” e “mosquito” ficam em destaque, trazendo ao texto movimento, como também se transformam em palavras de ordem, pois emprega-se o imperativo e o uso do vocábulo “semana” pressupõe que todos os dias deve-se combater o mosquito.

Também, a Figura 6 apresenta palavra de ordem: o termo “Alerta”, encimado pela figura de um mosquito cheio de repasto (sangue), aponta para o dever de o cidadão ficar atento à indesejada presença do *aedes aegypti*.

Neste ponto, lança-se mão dos elementos elencados por Lima (2010, p. s. n.) para a definição de texto publicitário. Desta maneira, verifica-se, na Figura 5, o uso de estereótipos onde o desenho de um mosquito cravado pelo símbolo de uma placa de Regulamentação do trânsito – em que uma tarja vermelha corta a placa em diagonal – indicando uma proibição e sua transgressão representa infração gravíssima. Assim, a leitura proposta é de que é proibido a proliferação do mosquito, e o cidadão deve ser responsabilizado e punido caso isso ocorra.

Outro elemento elencado por Lima (2010, p. s.n.) é a criação de um inimigo, como verificado na Figura 10, em que o texto “Brasil unido contra a Dengue” está escrito dentro de um distintivo ovalado, com marcações que lembram as de um relógio. A escrita foi feita em caixa alta, com palavras de cores alternadas, onde os termos “Brasil” e “contra a” estão em cor branca. Os termos “unidos” e “Dengue” estão com a mesma cor utilizada no plano de fundo do panfleto, trazendo para a mensagem uma característica de totalidade e de universalidade.

Note-se, ainda, outros panfletos e cartazes que pontuam a presença de grupos de pessoas, como as Figuras 10, 11 e 12 que, pela caracterização, constitui parte dos elementos de uma comunidade, seja escolar, familiar, entre outros, e que se envolvem e se colocam ao serviço voluntário de combater o mosquito transmissor de doenças.

Constata-se, por fim, a descontração presente na postura dos grupos fotografados, em total contraste para com a importância e necessidade de se tratar com seriedade a mensagem inserida nos materiais de propaganda. Talvez o que se queira pontuar é que, embora o Brasil se coloque contra a Dengue, é fácil evitá-la, basta querer.

Porém, através da análise feita neste capítulo, em nenhum momento a figura do Estado é evidenciada isoladamente. O Estado permanece apagado, fora do contexto, como se ele também não fosse responsável pelo impedimento da proliferação da doença. Aparecendo como responsável pelo enunciado apenas na Figura 1a. (MAINGUENEAU, 2001, p. 137 e 138).

Em nenhum material analisado é apontado, de forma clara e textual, que o mosquito *aedes aegypti* é o transmissor da dengue, Zika e chikungunya, pois este conhecimento, por parte de todos, é um pressuposto da enunciação, como já visto anteriormente. (MAINGUENEAU, 2001, p. 66).

E, por fim, destaca-se na presente análise as Figuras 16 e 17, pertencentes à categoria panfleto. No primeiro deles, está explicitado, no centro, na parte de baixo os seguintes dizeres: – Em vermelho e caixa alta – “Dengue e Chikungunya”, logo abaixo – escrito em preto e caixa baixa – “O perigo aumentou, mas a gente pode resolver”. Já o segundo, atendendo ao mesmo formato que o anterior está escrito “Zika, Dengue e Chikungunya” (só que em tom alaranjado) e depois “O perigo aumentou, mas se pode resolver”.

Como se percebe, através das figuras 16 e 17, a quantidade de doenças vai aumentando, mas a propaganda permanece no mesmo tom, ou seja, não é oferecida ao cidadão nenhuma alternativa eficaz para se por fim às doenças que tanto castigam o povo. Frisa-se, que a Febre Amarela não foi elencada, nesses panfletos e cartazes, doença, que tem alarmado as populações de outros estados, como Espírito Santo e Minas Gerais entre os anos de 2016 e 2017.

Embora o município do Rio de Janeiro não tenha limites geográficos com estes estados, e, ainda, grande parte da população do município tenha sido vacinada, as gestantes e pacientes quimioterápicos, entre outras pessoas com a imunidade baixa, ficaram de fora da campanha de vacinação. Assim, não tirando a importância das campanhas de vacinação, o ideal seria o Estado caminhar rumo à erradicação dessas doenças do meio da sociedade. Desta forma, com o reaparecimento da febre amarela, o poder público deve atentar para o fato que o mosquito está descontrolado, não há controle.

Então, se retomarmos os pontos explicitados no primeiro capítulo, estará claro que não tem como se isolar a população e encher-lhe as mãos de propaganda informativa para que ela adquira novos hábitos. Estas propagandas devem ter em vista tirar as eventuais dúvidas dos moradores, sem, no entanto, esconder e/ou tentar apagar a responsabilidade do Estado pelo saneamento básico, pela correta coleta de lixo, pela transformação de todas as áreas da cidade, em lugares habitáveis, possibilitando a todos os munícipes um sentimento de pertencimento ao seu meio de vivência e convivência.

Ainda, estas observações, em nenhum momento, querem inverter as responsabilidades, mas destacar o quanto existe de deveres e obrigações de ambos os lados. O cuidado do cidadão/morador/usuário em manter a limpeza e manutenção dos seus móveis e imóveis, e a necessidade do poder público em assumir a sua parte nesta tarefa de auxiliar na manutenção dos espaços diversos da cidade, em concordância com a abordagem feita no capítulo primeiro deste trabalho.

Assim, no que diz respeito aos aspectos tratados no segundo capítulo e complementados neste terceiro capítulo, a comunicação e educação em saúde é uma importante ferramenta de troca e de reflexão em torno de um tema tão significativo, como o da prevenção e erradicação de doenças, que permanecem se propagando, apesar das diversas iniciativas das autoridades sanitárias.

Talvez a fragilidade das campanhas – que não conseguem atingir ao objetivo maior de controle das doenças – bem como a fragilidade no uso dos diversos tipos de propaganda resida na falta da real compreensão do que seja comunicação. As programações de saúde pública devem ter como meta não só comunicar para fora, mas criar canais que possibilitem a população de um modo geral e a mais pobre de um modo específico, apontar ao poder público, as precariedades existentes ao seu redor e reivindicar o efetivo atendimento às suas demandas. Só, desta forma, é que a comunicação terá cumprido sua missão, que é a de modificar o homem e permitir que ele modifique o mundo à sua volta, compartilhando e partilhando conhecimentos agregadores de conforto e real qualidade de vida.

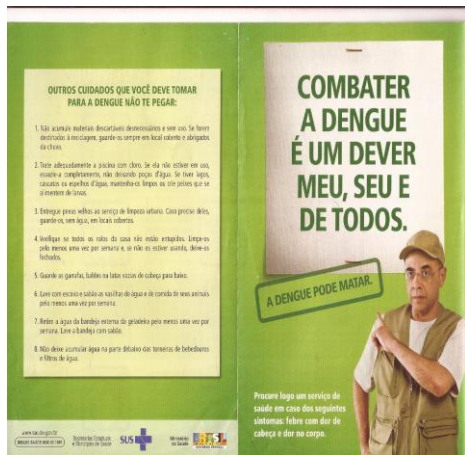


Fig. 1a



Fig. 1b



Fig. 2a

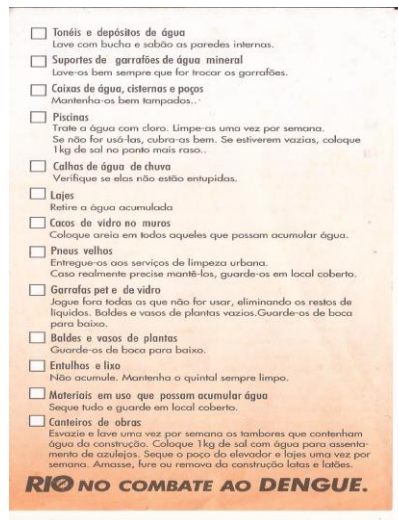


Fig. 2b



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7

**SERVIDOR,
VENHA PARA
O NOSSO
ESQUADRÃO.**

**SEMANA
DA LIMPEZA
NÃO DÊ FOLGA PARA O
MOSQUITO
Aedes Aegypti**

O mosquito
Aedes aegypti
transmite ZIKA,
que pode causar
microcefalia.

**COM 1 MILHÃO E
600 MIL SERVIDORES
PODEMOS EXTERMINAR O MOSQUITO Aedes Aegypti.**

29/01 a 4/02
Mutirão no Governo Federal

O mosquito demora, em média, 7 dias para nascer. Por isso, o combate tem que ser constante, principalmente nos períodos de chuva. Cuide do seu ambiente de trabalho, chame a família e os vizinhos para lutar contra a dengue, a chikungunya e a zika, que pode comprometer futuras gerações de brasileiros.
Acesse: saude.gov.br/combatadengue

Ministério do Planejamento **GOVERNO FEDERAL**
BRASIL
PÁTRIA EDUCADORA

Inspeção seu local de trabalho em busca de foco do mosquito

Bandejas de ar-condicionado limpas e sem água

Reservatórios e depósitos limpos e fechados

Bandejas de geladeiras limpas e sem água

Lajes, calhas e lonas de cobertura sem água

Vasos sanitários com tampas fechadas

Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13




DENGUE E CHIKUNGUNYA

O perigo aumentou. E a responsabilidade de todos também.

E você, já fez sua parte?

<input checked="" type="checkbox"/> Caixas d'água vedadas 	<input checked="" type="checkbox"/> Bandejas de geladeira sem água 
<input checked="" type="checkbox"/> Calhas totalmente limpas 	<input checked="" type="checkbox"/> Pratos de vaso de planta com areia até a borda 
<input checked="" type="checkbox"/> Galões, tonéis, poços e tambores bem vedados 	<input checked="" type="checkbox"/> Bromélias e outras plantas sem acúmulo de água 
<input checked="" type="checkbox"/> Pneus sem água e em lugares cobertos 	<input checked="" type="checkbox"/> Vasos sanitários sem uso fechados 
<input checked="" type="checkbox"/> Garrafas vazias e baldes com a boca para baixo 	<input checked="" type="checkbox"/> Lonas de cobertura esticadas para não formar poças 
<input checked="" type="checkbox"/> Ralos limpos e com tela 	<input checked="" type="checkbox"/> Piscinas e fontes sempre tratadas 



www.saude.gov.br

#saude nasredes

blog.saude.gov.br



Ministério da Saúde




PÁTRIA EDUCADORA

Fig. 14

O CICLO DO MOSQUITO

1 Parecido com o pernilongo, o **Aedes** possui pontinhos brancos por todo o corpo, é pequeno, silencioso e costuma picar pernas, tornozelos e pés nas primeiras horas da manhã.

2 Na verdade, é a **fêmea** a causadora de tanto transtorno, que, ao picar alguém infectado, carrega aquele sangue até a próxima vítima, propagando a doença.



3 No ciclo reprodutivo, a fêmea adulta deposita seus ovos na água parada. Em cerca de 30 minutos, eles viram larvas, que se transformam em pupa após sete dias e em mosquito, depois de outros dois dias.

4 Muito resistentes, os ovos podem sobreviver por até um ano em local seco. Ao encontrar água, o processo de evolução do transmissor tem início, que leva até dez dias para se desenvolver. **O Aedes vive aproximadamente 30 dias.**

AJUDE A ELIMINAR O AEDES













LIXO	 Coloque o lixo em sacos plásticos e mantenha a lixeira bem fechada. Não jogue lixo em terrenos baldios.	 Jogue no lixo todo objeto que possa acumular água: embalagens usadas, potes, latas, copos, garrafas vazias etc.	 Mantenha o saco de lixo bem fechado e fora do alcance de animais até o recolhimento pelo serviço de limpeza urbana.
PLANTAS E JARDINS	 Encha de areia, até a borda, os pratinhos dos vasos de plantas.	 Se você não colocou areia e acumulou água no pratinho da planta, lave-o com escova, água e sabão.	 Se você tiver vasos de plantas aquáticas, troque a água e lave-os com escova, água e sabão, pelo menos uma vez por semana.
CAIXAS D'ÁGUA, CALHASE LAJES	 Não deixe a água da chuva acumulada sobre a laje.	 Remova folhas, galhos e tudo que possa impedir a água de correr pelas calhas.	 Mantenha a caixa d'água sempre fechada com tampa adequada.
DEPÓSITOS DE ÁGUA	 Mantenha bem tampados tonéis e barris d'água.	 Lave semanalmente, por dentro, com escova e sabão, os tanques utilizados para armazenar água.	 Lave principalmente, por dentro com escova e sabão, os utensílios usados para guardar água em casa, como jarras, garrafas, potes, baldes etc.

Fig. 15

Não está se sentindo bem? Não se preocupe!
Procure a Clínica da Família ou o Centro Municipal de Saúde mais próximo da sua residência.

Veja qual é sua unidade de referência, o endereço, a equipe responsável e o horário de funcionamento em:
www.rio.rj.gov.br/web/sms/onde-ser-atendido



Ao se dirigir a uma unidade de saúde, tenha sempre em mãos um documento de identificação com foto e o número do CPF.

SOMOS TODOS PARCEIROS NA PREVENÇÃO DA DENGUE E DA CHIKUNGUNYA.

VOCÊ PODE AJUDAR A EVITAR ESSAS DOENÇAS COM ATITUDES SIMPLES.

Em caso de dúvidas
LIGUE
1746
CENTRAL DE ATENDIMENTO

www.rio.rj.gov.br/web/sms







DENGUE E CHIKUNGUNYA
O perigo aumentou, mas a gente pode resolver!

Fig. 16

Não está se sentindo bem?
Procure a Clínica da Família ou o Centro Municipal de Saúde mais próximo da sua residência!

Veja qual é sua unidade de referência, o endereço, a equipe responsável e o horário de funcionamento em:
www.rio.rj.gov.br/web/sms/onde-ser-atendido





Ao se dirigir a uma unidade de saúde, tenha sempre em mãos um documento de identificação com foto e o número do CPF.


SOMOS TODOS PARCEIROS NA PREVENÇÃO DO ZIKA, DENGUE E CHIKUNGUNYA.

VOCÊ PODE AJUDAR A EVITAR ESSAS DOENÇAS COM ATITUDES SIMPLES.

Em caso de dúvidas
LIGUE
1746
CENTRAL DE ATENDIMENTO

www.rio.rj.gov.br/web/sms



ZIKA, DENGUE E CHIKUNGUNYA
O perigo aumentou, mas a gente pode resolver!

Fig. 17

MEU VERÃO SEM MOSQUITOS

O Verão é a estação preferida dos cariocas, mas também é o período mais favorável para a procriação dos mosquitos que podem transmitir a Dengue e a Chikungunya.

Com medidas simples, adotadas em nosso dia a dia, podemos combater a proliferação dos mosquitos, evitando o aumento dessas doenças. É nossa responsabilidade transformar o Verão 2015 na Estação da Saúde do Carioca!

Lembre-se que onde tem água parada, pode ter foco dos mosquitos da Dengue e da Chikungunya. É preciso estar sempre atento para não deixar a água acumular em qualquer ponto da casa. Dedique alguns minutos todos os dias para conferir os vasos, as calhas, a bandeja da geladeira e os recipientes onde a água pode estar se acumulando e se transformando num criadouro dos mosquitos.

Veja aqui informações importantes para você ajudar a acabar com a Dengue e a Chikungunya na cidade.

Marque com um (X) as ações realizadas na sua casa.

RALOS
Verifique se há entupimentos nos ralos pouco utilizados, e mantenha-os vedados ou telados.

BEBEDOUROS
Se você tem animais domésticos, lave os bebedouros em água corrente com esponja e sabão, pelo menos, uma vez por semana.

PISCINAS
Limpeza semanal da água e escovação das bordas são indicados.

PRATINHOS DE VASOS DE PLANTAS OU XAXINS
Evite o uso dos pratinhos ou fure o fundo para não acumular água.

LAJES
Atenção ao empocamento de água por algum desnível do piso.

DEPÓSITOS DE ÁGUA
Lave as paredes internas usando esponja e sabão.

PNEUS VELHOS
Use a furadeira para que não acumulem água em seu interior.

CAIXAS D'ÁGUA, CISTERNAS E POÇOS
Mantenha todos sempre bem vedados.

GELADEIRAS
Lave sempre com água e sabão a bandeja externa.

VASOS E BALDES
Se não estiverem em uso, guarde-os de cabeça para baixo.

ENTULHO E LIXO
Não deixe acumular. Mantenha o quintal sempre limpo.

CALHAS
Verifique se existe algum entupimento ou desnível.

GARRAFAS
Muitos objetos que usamos acumulam água. Garrafas, tampinhas, copos descartáveis e até casca de ovo são alguns deles. Coloque tudo em um saco bem fechado quando for jogar fora. Se guardar garrafas, deixe-as sempre em local coberto e de cabeça para baixo.

LIXEIRAS
Mantenha as lixeiras sempre bem fechadas e em locais cobertos. Quando jogar o lixo fora, feche bem o saco plástico.

Fig. 18

MINHA CIDADE SEM MOSQUITO!

Os cariocas devem ficar atentos à procriação dos mosquitos que podem transmitir o Zika, Dengue e Chikungunya. Com medidas simples, adotadas em nosso dia a dia, é possível evitar o aumento dessas doenças. É nossa responsabilidade cuidar da nossa cidade e da Saúde do Carioca!

Lembre-se que onde tem água parada, pode ter foco dos mosquitos do Zika, Dengue e Chikungunya. É preciso estar sempre atento para não deixar a água acumular em qualquer ponto da casa. Dedique alguns minutos todos os dias para conferir os vasos, as calhas, a bandeja da geladeira e os recipientes onde a água pode estar se acumulando e se transformando num criadouro do mosquito.

Veja aqui informações importantes para você ajudar a acabar com o Zika, a Dengue e a Chikungunya na cidade.

Marque com um (X) as ações realizadas na sua casa:

RALOS
Verifique se não há entupimentos nos ralos pouco utilizados, e mantenha-os vedados ou telados.

BEBEDOUROS
Se você tem animais domésticos, lave os bebedouros em água corrente com esponja e sabão, pelo menos, uma vez por semana.

PISCINAS
Limpeza semanal da água e escovação das bordas internas são necessárias.

PRATINHOS DE VASOS DE PLANTAS OU XAXINS
Evite o uso de pratinhos ou fure o fundo para não acumular água.

LAJES
Atenção ao empocamento de água por algum desnível do piso.

DEPÓSITOS DE ÁGUA
Lave as paredes internas usando esponja e sabão.

PNEUS VELHOS
Use a furadeira para que não acumulem água em seu interior.

CAIXAS D'ÁGUA, CISTERNAS E POÇOS
Mantenha todos sempre bem vedados.

GELADEIRAS
Lave sempre com água e sabão a bandeja externa.

VASOS E BALDES
Se não estiverem em uso, guarde-os de cabeça para baixo.

ENTULHO E LIXO
Não deixe acumular. Mantenha o quintal sempre limpo.

CALHAS
Verifique se existe algum entupimento ou desnível.

GARRAFAS
Muitos objetos que usamos acumulam água. Garrafas, tampinhas, copos descartáveis e até casca de ovo são alguns deles. Coloque tudo em um saco bem fechado quando for jogar fora. Se guardar garrafas, deixe-as sempre em local coberto e de cabeça para baixo.

LIXEIRAS
Mantenha as lixeiras sempre bem fechadas e em locais cobertos. Quando jogar o lixo fora, feche bem o saco plástico.

Fig. 19

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho objetivou contribuir para a discussão das contradições nas políticas de saúde pública, analisando as mensagens educativas utilizadas no trabalho de prevenção e combate ao Dengue e outras doenças transmitidas pelo mosquito *Aedes Aegypti* no Município do Rio de Janeiro.

Para tanto, foi traçado, no primeiro capítulo, um resumo da história da urbanização do município do Rio de Janeiro, tendo como pontos de destaque a exclusão das camadas mais pobres do processo de urbanização, bem como a lentidão no enfrentamento dos problemas relacionados com os sistemas de esgoto e água encanada, além da precariedade da coleta de lixo. Constituem pano de fundo as questões voltadas para a especulação imobiliária e valorização do capital. A culpabilização da população pobre pelas epidemias ocorridas, principalmente entre fins do século XIX e início do século XX, se insere neste quadro.

Observou-se, ao longo do capítulo, que o saneamento básico na cidade do Rio de Janeiro sempre esteve aquém das necessidades da população menos abastada, sofrendo o povo com problemas referentes à infraestrutura urbana, inclusive com a proliferação do mosquito *aedes aegypti*, causador de diversas doenças.

Já o segundo capítulo tratou das questões da comunicação em saúde voltada para a educação e prevenção da doença transmitida pelos vírus da Dengue, Zika, chikungunya e Febre Amarela, a partir da problematização do processo comunicacional como base de disseminação de normas e hábitos sanitários.

Assim, este segundo capítulo buscou pontuar os conceitos-base de saúde pública, comunicação e educação em saúde. Com esta conceituação, concluímos que o processo educacional e a comunicação em saúde podem promover mudanças de hábito com vistas à construção de uma melhor qualidade de vida coletiva. No entanto, podem suscitar também a culpabilização da população pobre pelas epidemias e pelas condições precárias de vida.

Não houve, com o desenvolvimento do referido capítulo, a pretensão de encerrar a discussão em torno da questão da comunicação e educação em saúde; o que se pretendeu foi um convite à reflexão em torno de um tema tão significativo, como a prevenção e/ou erradicação de doenças, que castigam de forma mais contundente, na maioria das vezes, a população mais pobre, por conta da falta de recursos para superar as precariedades existentes na esfera dos serviços públicos voltados para os programas de saúde.

O terceiro capítulo buscou analisar as contradições das mensagens educativas presentes em folders e cartazes de prevenção ao mosquito transmissor do vírus da Dengue e

outras doenças. Ficou evidenciado, através da análise dos diversos panfletos, que o Estado procura informar a população quanto às diversas formas de controle do mosquito transmissor da dengue, sem, no entanto, assumir publicamente a sua própria responsabilidade pela precariedade do saneamento básico, correta coleta de lixo, além de implicitamente culpabilizar a população pela proliferação do mosquito na cidade.

Desta forma, após a análise, do terceiro capítulo, ficou claro que os panfletos podem e devem ser utilizados como estratégia da saúde pública, sem, no entanto, perder de vista a importância de um enfrentamento das precariedades estruturais da cidade como um todo e não setorialmente. Desta forma, com o reaparecimento da febre amarela, o poder público deve atentar para o fato de que o mosquito está descontrolado não há controle. Neste sentido, é relevante retomarmos a crítica de Torres (2005) à noção de controle. Para o ator, o ideal seria caminhar para a erradicação destas doenças no espaço social.

Então, não tem efetividade em se isolar a população e encher-lhe as mãos de propaganda informativa para que ela adquira novos hábitos. Estas propagandas devem ter em vista tirar as eventuais dúvidas dos moradores, sem, no entanto, esconder e/ou tentar apagar a responsabilidade do Estado pelo saneamento básico, pela correta coleta de lixo, pela transformação de todas as áreas da cidade em lugares habitáveis possibilitando a todos os munícipes um sentimento de pertencimento ao seu meio de vivência e convivência.

Nossa análise não pretendeu inverter as responsabilidades, mas destacar o quanto existe de deveres e obrigações de ambos os lados. O cuidado do cidadão/morador/usuário em manter a limpeza e manutenção dos seus móveis e imóveis e a necessidade do poder público em assumir a sua parte nesta tarefa de estruturar os espaços diversos da cidade, na perspectiva de uma cidade democrática e com qualidade de vida social são fundamentais.

Privilegiar as questões voltadas para o controle do *Aedes Aegypti*, na chamada Agenda do dia, negligenciando outras doenças, até mais letais que as transmitidas pelo mencionado mosquito, tal como a AIDS, preocupa na medida em que esse processo anda na contramão da medicina preventiva, da medicina pela vida. Então, o ordenamento das prioridades deve possuir uma escala discutida com a sociedade, e não ser decidida por burocratas ao calor das próprias inquietações.

Mais uma vez, se frisa, não se trata de colocar por terra as conquistas feitas no campo da educação em saúde voltada para a prevenção e controle do mosquito *Aedes Aegypti*. Trata-se de pontuar que todos os cidadãos devem ter acesso a informação que lhes proporcione

melhor qualidade de vida. Trata-se de afirmar que todos os aspectos da saúde da comunidade devem ser contemplados. Saúde para corpo e mente. Vida em todos os sentidos.

Assim, se questiona, se a saúde pública busca uma agenda de vida ou de morte e, ainda, se o conceito do que seja saúde está bem sedimentado dentro das instituições públicas de saúde, nas diversas esferas governamentais.

Embora tenha sido citada, como exemplo, apenas a AIDS, tantas outras doenças têm crescido alarmantemente no seio da população, como a depressão, a dependência química – só para mencionar mais algumas – e o poder público continua engessado com prioridades que já deveriam ter sido superadas por meio de ações efetivas no sentido de cumprir com deveres governamentais de uma sociedade democrática, qual seja, zelar pela coisa pública, que passa, como apontado antes, pela qualidade de vida de todos os pertencentes à comunidade.

NOTAS:

¹ Esse *ranking* é atualizado a cada 10 anos por época do censo realizado pelo IBGE.

² Jean-Batiste Debret, nascido em Paris no ano de 1768, foi um artista bastante inserido em seu tempo: frequentou um ateliê de pintura, realizou o imprescindível *séjour* na Itália, ingressou na Academia Francesa, frequentou os salões e recebeu alguns prêmios por suas cenas históricas. (LIMA, 2003, p.46).

³ Sidney Chalhoub, nascido no Rio de Janeiro em 1957, é um historiador e professor universitário. Foi Diretor Associado do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Unicamp e do Arquivo Edgard Leuenroth. (CHALHOUB, 2006, p. 88).

⁴ Destaca-se, neste momento, a forma de coleta feita em Barcelona, na Espanha, onde o lixo é coletado por dutos subterrâneos vinte e quatro horas por dia, evitando-se, assim, a presença de sacos de lixo pelas calçadas. Os móveis velhos, as garrafas contendo óleo de cozinha usado, bem como o lixo eletro-eletrônico (computadores, eletrodomésticos, entre outros), todos esses itens, entre outros especificados pela Limpeza Urbana, são colocados em dias específicos em frente à casa e a prefeitura passa e realiza a coleta. (LAZARETTI, 2012). Assim, o exemplo da cidade de Barcelona acima explicitado dá a dimensão de como o poder público pode e deve estar a serviço da população buscando soluções para o bem da coletividade.

⁵ Definição para aglomerados subnormais: assentamentos irregulares conhecidos como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, mocambos, palafitas, entre outros.
Definição para domicílio particular permanente: domicílio que foi construído a fim de servir exclusivamente para habitação e, na data de referência, tinha a finalidade de servir de moradia a uma ou mais pessoas. (Fonte: IBGE, 2010).

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. S.; CARDOSO, Janine Miranda. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2007. 152p. (Coleção Temas em Saúde).

BARROS, José D`Assunção. **Cidade e história**. 2 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

BENCHIMOL, Jaime Larry. **Pereira Passos: um Haussmann tropical**: a renovação urbana da cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Cultura, Turismo e Esportes, Departamento Geral de Documentação e Informação Cultural, Divisão de Editoração, 1992. 358p.

BRAGA, Ima Aparecida; VALLE, Denise. Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 16, n. 2, p. 113-118, jun. 2007. Disponível em <http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006&lng=pt&nrm=iso>. acesso em 30 jan. 2017.
<http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000200006>.http://scielo.iec.pa.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006 - endereço

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS - SINASC - **Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos**. Disponível em:
 <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060702>>. Acesso em 12 set. 2016.

_____. DATASUS. Casos de AIDS. Disponível em:
 <<http://www.aids.gov.br/pagina/tabulacao-de-dados>>. Acesso em 28 fev. 2017.
<http://www.aids.gov.br/>

_____. DATASUS. Casos de AIDS. Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/tabulacao-de-dados>>. Acesso em 28 fev. 2017.

_____. DATASUS. Casos de AIDS. Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/tabulacao-de-dados>>. Acesso em 28 fev. 2017.

_____. DATASUS. Notificação de casos por Dengue. Disponível em:
 <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0203>>. Acesso em 02 mar. 2017.

_____. Decreto nº 6025, de 22 de janeiro de 2007, Institui o Programa de Aceleração do Crescimento – PAC, o seu Comitê Gestor, e dá outras providências. Disponível em: <<http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/94985/programa-de-aceleracao-do-crescimento-decreto-6025-07>>. Acesso em 27 ago. 2016.

_____. Lei Federal nº 10.257, de 10 de julho de 2001 - Regulamenta os arts. 182 e 183 da Constituição Federal, estabelece diretrizes gerais da política urbana e dá outras providências. **ESTATUTO DA CIDADE**. Disponível em:
 <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/LEIS_2001/L10257.htm>. Acesso em 11 set. 2016.

_____. Lei Federal nº 11445, de 08 de janeiro de 2007, estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelink.php?numlink=1-98-24-2007-01-05-11445>>. Acesso em 08 jun. 2016.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina de ensino na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - 1925 a 1967. In: **Revista de Saúde Pública**. vol.22. nº 4. São Paulo, 1988. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101988000400013>. Acesso em: 24 jan. 2017.

CARTAZ. Gestante – prevenção contra Zika. Disponível em: <http://www.riocontradengue.com.br/zika/site/img/h_gestante.jpg>. Acesso em 17 jun. 2016.

CARTAZES. Imagens diversas de prevenção contra dengue, zika e chikungunya. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=imagens+de+cartazes+contra+a+dengue+zika+e+chikungunya+rio+de+janeiro&biw=1024&bih=700&tbm=isch&imgil=vvo0zvhnLZJewM%253A%253BqkbubyMh3Yq7gM%253Bhttp%25253A%25252F%25252Fwww.blog.saude.gov.br%25252Ftags%25252F247-Zika.html&source=iu&pf=m&fir=vvo0zvhnLZJewM%253A%252CqkbubyMh3Yq7gM%252C_&usg=__T3QLOxjdDPBSRwVU11OtrYesa6Q%3D&ved=0ahUKEwj1x_7vjq7NAhXFX5AKHWIBAsoQyjcINQ&ei=DW5jV7WNB8WPwwTigojQDA#imgrc=oqisbE2k0baT1M%3A>. Acesso em 17 jun. 2016.

CARTAZES - imagens de populares. Disponível em: <<https://www.google.com.br/search?q=combate+ao+dengue+cartazes&biw=1024&bih=726&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwij6viA5pTSAhWHhZAKHT5-By8Q7AkIQQ&dpr=1.25#imgrc=zZxJ0YQkXFNdOM>>. Acesso em 16 fev. 2017.

CARTAZES – Imagem Dráuzio Varella. Disponível em: <https://www.google.com.br/search?q=combate+ao+dengue+cartazes+municipio+do+rj&biw=1024&bih=726&tbm=isch&tbo=u&source=univ&sa=X&ved=0ahUKEwiup52y6ZTSAhUJjpAKHY_VCEcQ7AkIPg#tbn=isch&q=cartazes+com+Drauzio+Varella>. Acesso em 16 fev. 2017.

CASTADELLI, Gilson Aparecido; LAHOUD, Yesmin Marie Soret. org. **Manual de Normas e Padrões para Projetos de Pesquisa e Monografias**, 2013. Disponível em: <http://www.fio.edu.br/site2013/imagens/institucional/download/Normalizacao_FIO_2016.pdf>. Acesso em 12 set. 2016.

CASTIEL, Luis David; SILVA, Paulo Roberto Vasconcelos. **Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

_____. **O que é Saúde Pública?**, publicado em 04 mar 2008. Disponível em: <<http://www.fiocruz.br/bibsp/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?sid=107>>. Acesso em 30 jul. 2014.

CHALHOUB, Sidney, **Cidade febril: cortiços e epidemias na corte imperial**. 4 ed. Companhia das Letras, 2006.

COSTA, João Roberto Vieira da. **Comunicação de interesse público**: idéias que movem pessoas e fazem um mundo melhor. São Paulo: Jaboticaba, 2006.

CUNHA, Rafael Garcia e FONSECA, Ana Beatriz Monteiro. A epidemia de dengue em 2007-2008 no Município do Rio de Janeiro. In: RJ, Brasil: uma investigação de seus padrões espaciais e temporais. **Departamento de Estatística** – Universidade Federal Fluminense. (s. d.). Disponível em: <<http://www.ime.unicamp.br/sinape/sites/default/files/Trabalho%20SINAPE3.pdf>>. Acesso em 20 fev. 2017.

DUARTE, Fernanda. Zika: o que já se sabe e o que ainda falta saber sobre a doença. **Portal EBC** [on line], 18 fev 2016, atualizado em 19 fev 2016. Disponível em: <<http://www.ebc.com.br/noticias/saude/2016/02/zika-o-que-ainda-falta-saber-sobre-doenca>>. Acesso em 31 mar. 2016.

EIGENHEER, Emílio Maciel. **Lixo** – a limpeza urbana através dos tempos. Disponível em: <<http://www.lixoeducacao.uerj.br/imagens/pdf/ahistoriadolixo.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2014.

Enciclopédia INTERCOM de comunicação. São Paulo: Sociedade Brasileira de Estudos Interdisciplinares da Comunicação, 2010. Disponível em: <<http://www.cienciasnuvens.com.br/site/wpcontent/uploads/2013/07/Enciclopedia-Intercom-de-Comunica%C3%A7%C3%A3o.pdf>>. Acesso em 01 set. 2016.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault e a análise do discurso em educação. In: **Cadernos de Pesquisa**, n. 114, p. 197-223. nov 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n114/a09n114.pdf>>. Acesso em 04 nov. 2013.

FLORENCIO [et al.] O que entendemos por análise do discurso. In: Florêncio et al. **análise do discurso**: fundamentos & práticas. Maceió: Edufal, 2009. p. 17-37.

FOLDER. Cão corredor. Disponível em: <<https://2.bp.blogspot.com/-vItPvPRoNN8/Vs8jne5WPsl/AAAAAAAAA16c/E-o5nVyF63Q/w1200-h630-p-nu/plano-aula-dengue-zika-chikungunya.png>>. Acesso em 17 jun. 2016.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro, 1985.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. <<http://prpg.usp.br/dcms/uploads/arquivos/procam/como%20elaborar%20seu%20projeto.pdf>>. Acesso em 08 fev. 2014.

GOMES, Ângela de Castro. Venturas e desventuras de uma República de cidadãos. In: Abreu, Marta e Soihet, Rachel (org.). **Ensino de história**: conceitos, temáticas e metodologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Casa da Palavra, 2009.

HARVEY, David. O direito à cidade. **Revista Piauí**. São Paulo, n. 82, julho/2013. Disponível em: <<http://revistapiaui.estadao.com.br/edicao-82>>. Acesso em 18 jun. 2014.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e estatística. Disponível em: <<http://sala.de.imprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&idnoticia=2051&busca=1&t=censo-2010-aprimorou-identificacao-aglomerados-subnormais>>. Acesso em 10 jul. 2014.

_____. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=330455&search=rio-de-janeiro|rio-de-janeiro>>. Acesso em 10 jul. 2014.

_____. Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares/tabelas_adicionais.pdf>. Acesso em 11 jul. 2014.

INSTITUTO OSWALDO CRUZ, Dengue vírus e vetor. Disponível em: <<http://www.ioc.fiocruz.br/dengue/>>. Acesso em 10 mar. 2014.

LAZARETTI, Bruno. Veja como funciona a coleta de lixo em Barcelona. In: **Revista Mundo Estranho** - out 2012 - Atualizado em 19 ago 2016. Disponível em: <<http://planetasustentavel.abril.com.br/noticia/lixo/moderno-sistema-tubulacoes-subterraneas-coleta-lixo-barcelona-703611.shtml>>. Acesso em 04 mar. 2017.

LIMA, Silvia Ferreira. **Comunicação e expressão através de textos**. In: <<http://comunicarexpress.blogspot.com.br/2010/05/tipos-de-discurso.html>, 2010>. Acesso em 24 ago. 2016.

LIMA, Valéria Alves Esteves. **A viagem pitoresca e histórica de Debret**: por uma nova leitura. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000290010&fd=y> ->. Acesso em 22 mai. 2014.

LOUREIRO, Carlos Frederico Bernardo, in: LAYRARGUES, Philippe Pomier (coord.). Identidades da educação ambiental brasileira. Brasília: Ministério do Meio Ambiente. Diretoria de Educação Ambiental, 2004.

LUZ, Madel Therezinha, Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "Transição democrática" - Anos 80. In: PHYSIS - **Revista de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, Vol. I, Número I, 1991. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/physis/v1n1/04.pdf>>. Acesso em 13 jan. 2017.

MAINGUENEAU, Dominique. **Análise de textos de comunicação**. São Paulo: Cortez, 2001.

MARICATO, Ermínia. Conhecer para resolver a cidade ilegal. In: CASTRIOTA, L. B. (org.) **Urbanização Brasileira**: Redescobertas. Belo Horizonte: Editora Arte, 2003. p. 78-96. Disponível em: <http://www.usp.br/fau/deprojeto/labhab/biblioteca/textos/maricato_conhecercidadeilegal.pdf>. Acesso em 12 mar. 2014.

_____. [et al.]. **Cidades Rebeldes**: Passe Livre e as manifestações que tomaram as ruas do Brasil. 1ª ed. São Paulo: Boitempo: Carta Maior, 2013.

MEGAEVENTOS e Violações dos Direitos Humanos no Rio de Janeiro. **Dossiê do Comitê Popular da Copa e Olimpíadas do Rio de Janeiro**, junho de 2014. Terceira versão.

Disponível em:

<https://comitepopulario.files.wordpress.com/2013/05/dossie_comitepopularcoparj_2013.pdf>. Acesso em 02 jul. 2014.

MENDONÇA, Francisco de Assis; SOUZA, Adilson Veiga e; DUTRA, Denecir de Almeida. Saúde pública, urbanização e dengue no Brasil. **Soc. nat. (Online)**, Uberlândia, v. 21, n. 3, p. 257-269, Dec. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-

45132009000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 Jan. 2017.
<http://dx.doi.org/10.1590/S1982-45132009000300003>.

MESQUITA, Mario Cezar Barroso; Mesquita, Sarah Tavares Pimenta. **Manual de formatação de trabalhos de conclusão de curso**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MONTE-MÓR, Roberto Luís. O que é o Urbano, no Mundo Contemporâneo. **Revista Paranaense de Desenvolvimento**. Curitiba: n.111, p.09-18, jul./dez. 2006.

PACS - INSTITUTO DE POLÍTICAS ALTERNATIVAS PARA O CONE SUL - Megaeventos e Megaempreendimentos no Rio de Janeiro - A luta por justiça econômica, social e ambiental – Cartilha de Formação, 2012.

PAIXÃO, Cláudia Míriam Quelhas. As políticas públicas de transformação urbana na cidade do Rio de Janeiro no início do século XX. In: **Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**. n.7. 2013. webriomail.rio.rj.gov.br. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204432/4114327/revista_AGCRJ_7_2013.pdf>. Acesso em 28 mai. 2016.

PAOLI, Paula Silveira De. Uma outra cultura de edificar: a produção da nova arquitetura no Rio de Janeiro das reformas urbanas de Pereira Passos (1902-1906). In: **Revista do Arquivo Geral da Cidade do Rio de Janeiro**. n.7. 2013. webriomail.rio.rj.gov.br. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/4204432/4114327/revista_AGCRJ_7_2013.pdf>. Acesso em 28 mai. 2016.

PENNA, Maria Lúcia F. Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle da dengue. **CAD. Saúde Pública**, Fev 2003, vol. 19, nº 1, p. 305-309. ISSN 0102-311X.

PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França. (org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PINTO, M. J. **Comunicação e Discurso** - introdução à análise de discursos. São Paulo: Hacker Editores, 2002.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde - SMS. Indicadores e Dados Estatísticos - Dengue: Casos por Bairro e Período. Disponível em: <<http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/dengue-casos-bairro-periodo>>. Acesso em 31 jan. 2017.

_____. <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms>. Índice de infestação predial. <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6692575/4182440/LIRAAa2008a201724.01.2017.pdf>>. Acesso em 28 fev. 2017.

_____. Óbitos por dengue: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6749412/4185008/ObitosDengue.pdf>>. Acesso em 28 fev. 2017.

_____. Notificação de casos por Chikungunya: <<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6749412/4185012/CHIKVMES2016.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2017.

_____. Notificação de casos por Zika:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6749412/4185015/ZIKAMES2016.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2017.

_____. Óbitos por Chikungunya :

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6749412/4185009/ObitosCHIKV2016.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2017.

_____. Óbitos por Zika:

<<http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/6749412/4185014/ObitosZIKA2016.pdf>>. Acesso em 02 mar. 2017.

_____. Prevenção e combate - Dengue, Chikungunya e Zika. In: Portal da SMS/RJ. Disponível em: <<http://combateaedes.saude.gov.br/pt/tira-duvidas#zika-microcefalia>>. Acesso em 02 mar. 2017.

PREFEITURA DO RIO DE JANEIRO. Bairros com investimentos para as Olimpíadas/2016. Disponível em <<http://www.rio2016.org/>>. Acesso em 12 mar. 2014.

_____. História da limpeza urbana. Disponível em: <<http://asseiomrj.com.br/site/not-cat/item/22-hist%C3%B3ria-da-limpeza-urbana.html?tmpl=component&print=1>>. Acesso em 07 jul. 2014.

RIBEIRO, Luiz César Queiroz. **Dos cortiços aos condomínios fechados**: as formas de produção da moradia na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira: IPPUR, UFRJ: FASE, 1997. 352p.

ROLNIK, Raquel. **O que é cidade**. 4ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 2012. (Coleção Primeiros Passos; 203).

RUGENDAS, Ilustração número 3. Disponível em:

<https://www.google.com.br/search?q=Rugendas,+chafariz+no+rio+de+janeiro+imagem&tbm=isch&imgil=mlXIMEmfU7tJQM%253A%253Bq5KzswznqrO_dM%253Bhttp%25253A%25252F%25252Fwww.brmaua.com.br%25252Fimagens-ganhando-a-vida-na-corte%25252F&source=iu&pf=m&fir=mlXIMEmfU7tJQM%253A%252Cq5KzswznqrO_dM%252C_&usg=__a1oKDaXxmOeEdz9m5z-LivEW74s%3D&biw=1024&bih=700&ved=0ahUKEwj1vrextozNAhUC0h4KHas1AhkQyjcIJg&ei=FMRRV_XkDoKke6vriMgB#imgrc=mlXIMEmfU7tJQM%3A>. Acesso em 03 jul. 2014.

SETÚBAL, Sérgio; OLIVEIRA, Solange Artimos de, Dengue. In: Histórias da Faculdade, do Hospital e do Serviço. Um artigo do Professor Antônio Pedro. **O Programa de DIP em 1952**. Textos diversos. (s. d.). Disponível em: <http://www.professores.uff.br/dip-8p/dengue/dengue_16.html>. Acesso em 04 mar. 2017.

SOIHET, Rachel. **Revista: HISTÓRIA SOCIAL**. Campinas - SP nº 6, p. 183-187, 1999.

TORRES, Eric Martínez. **Dengue**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

_____. **Dengue Estud. Avançados**. Vol.22. nº 64. São Paulo Dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142008000300004>. Acesso em: 10 mar. 2014.

ANEXO A – LEI Nº 11445 de 05/01/2007 - Saneamento Básico

Lei do Saneamento

Lei nº 11445 de 05/01/2007 / PL - Poder Legislativo Federal(D.O.U. 08/01/2007)*Saneamento básico.*

Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências.* *Ementa da Lei nº 6766: Dispõe sobre o parcelamento do solo urbano e dá outras providências.* Ementa da Lei nº 8036: Dispõe sobre o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço, e dá outras providências.* Ementa da Lei nº 8666: Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da Administração Pública e dá outras providências.* Ementa da Lei nº 8987: Dispõe sobre o regime de concessão e permissão da prestação de serviços públicos previsto no art. 175 da Constituição Federal, e dá outras providências.* Ementa da Lei nº 6528: Dispõe sobre as tarifas dos serviços públicos de saneamento básico, e dá outras providências.*LEI No- 11.445, DE 5 DE JANEIRO DE 2007

(Ver Lei nº 12305 de 2010) | (Ver Decreto nº 7217 de 2010) | (Ver Portaria nº 1232 de 2009) | (Ver Decreto nº 6942 de 2009) | (Ver Resolução CONAMA nº 404 de 2008) | (Ver Instrução Normativa MCid nº 20 de 2008) | (Ver Instrução Normativa MCid nº 46 de 2007) | (Ver Instrução Normativa MCid nº 46 de 2007) | (Ver Instrução Normativa MCid nº 33 de 01/08/2007)

Estabelece diretrizes nacionais para o saneamento básico; altera as Leis nos 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.036, de 11 de maio de 1990, 8.666, de 21 de junho de 1993, 8.987, de 13 de fevereiro de 1995; revoga a Lei no 6.528, de 11 de maio de 1978; e dá outras providências.

OPRESIDENTEDAREPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I DOS PRINCÍPIOS FUNDAMENTAIS

Art. 1º Esta Lei estabelece as diretrizes nacionais para o saneamento básico e para a política federal de saneamento básico.

Art. 2º Os serviços públicos de saneamento básico serão prestados com base nos seguintes princípios fundamentais:

I - universalização do acesso;

II - integralidade, compreendida como o conjunto de todas as atividades e componentes de cada um dos diversos serviços de saneamento básico, propiciando à população o acesso na conformidade de suas necessidades e maximizando a eficácia das ações e resultados;

III - abastecimento de água, esgotamento sanitário, limpeza urbana e manejo dos resíduos sólidos realizados de formas adequadas à saúde pública e à proteção do meio ambiente;

IV - disponibilidade, em todas as áreas urbanas, de serviços de drenagem e de manejo das águas pluviais adequados à saúde pública e à segurança da vida e do patrimônio público e privado;

V - adoção de métodos, técnicas e processos que considerem as peculiaridades locais e regionais;

VI - articulação com as políticas de desenvolvimento urbano e regional, de habitação, de combate à pobreza e de sua erradicação, de proteção ambiental, de promoção da saúde e outras de relevante interesse social voltadas para a melhoria da qualidade de vida, para as quais o saneamento básico seja fator determinante;

VII - eficiência e sustentabilidade econômica;

VIII - utilização de tecnologias apropriadas, considerando a capacidade de pagamento dos usuários e a adoção de soluções graduais e progressivas;

IX - transparência das ações, baseada em sistemas de informações e processos decisórios institucionalizados;

X - controle social;

XI - segurança, qualidade e regularidade;

XII - integração das infra-estruturas e serviços com a gestão eficiente dos recursos hídricos.

Art. 3º Para os efeitos desta Lei, considera-se:

I - saneamento básico: conjunto de serviços, infra-estruturas e instalações operacionais de:

a) abastecimento de água potável: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações necessárias ao abastecimento público de água potável, desde a captação até as ligações prediais e respectivos instrumentos de medição;

b) esgotamento sanitário: constituído pelas atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, tratamento e disposição final adequados dos esgotos sanitários, desde as ligações prediais até o seu lançamento final no meio ambiente;

c) limpeza urbana e manejo de resíduos sólidos: conjunto de atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de coleta, transporte, transbordo, tratamento e destino final do lixo doméstico e do lixo originário da varrição e limpeza de logradouros e vias públicas;

d) drenagem e manejo das águas pluviais urbanas: conjunto de atividades, infra-estruturas e instalações operacionais de drenagem urbana de águas pluviais, de transporte, detenção ou retenção para o amortecimento de vazões de cheias, tratamento e disposição final das águas pluviais drenadas nas áreas urbanas;

II - gestão associada: associação voluntária de entes federados, por convênio de cooperação ou consórcio público, conforme disposto no art. 241 da Constituição Federal;

III - universalização: ampliação progressiva do acesso de todos os domicílios ocupados ao saneamento básico;

IV - controle social: conjunto de mecanismos e procedimentos que garantem à sociedade informações, representações técnicas e participações nos processos de formulação de políticas, de planejamento e de avaliação relacionados aos serviços públicos de saneamento básico;

V - (VETADO);

VI - prestação regionalizada: aquela em que um único prestador atende a 2 (dois) ou mais titulares;

VII - subsídios: instrumento econômico de política social para garantir a universalização do acesso ao saneamento básico, especialmente para populações e localidades de baixa renda;

VIII - localidade de pequeno porte: vilas, aglomerados rurais, povoados, núcleos, lugarejos e aldeias, assim definidos pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE.