

**DENGUE: UMA REFLEXÃO SOBRE COMUNICAÇÃO E PREVENÇÃO DA
DENGUE NO TRABALHO DOS AGENTES DO BAIRRO DO
FONSECA/NITERÓI**

por

MARIA DA GLORIA SEIXAS MOREIRA

Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde

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

Orientadora: MSc Janine Miranda Cardoso

Rio de Janeiro, junho, 2011

Uma pesquisa é sempre, de alguma forma, um relato de longa viagem empreendida por um sujeito cujo olhar vasculha lugares muitas vezes já visitados. Nada de absolutamente original, portanto, mas um modo diferente de olhar e pensar determinada realidade a partir de uma experiência e de uma apropriação do conhecimento que são, aí sim, bastante pessoais (DUARTE, 2002: 140).

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido Cláudio e a minha filha Carolina por terem me dado apoio nos momentos difíceis.

A minha orientadora Janine Cardoso Miranda pelos momentos de apoio e dedicação no desenvolvimento deste trabalho.

Ao chefe do Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses de Niterói – RJ, Dr. João Carlos Gomes Felipe e a chefe do Centro de Controle de Zoonoses de Niterói – RJ, Dr^a Alessandra Gomes Pereira, pela compreensão do tempo em que precisei me ausentar do trabalho para a realização do curso e da monografia.

Ao Dr. Zander Barreto de Miranda pelo incentivo dado para minha participação neste curso.

Aos agentes do Serviço de Controle de Vetores que participaram das entrevistas.

RESUMO

A dengue hoje é considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Até hoje o único método de controle desta doença é o controle do vetor. No município de Niterói os agentes atuam no controle do mosquito transmissor da dengue, utilizando como estratégia a aplicação de inseticidas e a mensagens educativas. Esta pesquisa teve como tema a comunicação na prevenção a dengue; buscou responder se existe ou não diferenças significativas na relação que os agentes setorizados e moradores do bairro Fonseca e os setorizados no Fonseca e não moradores mantêm com a população, e nos modos como esta se apropria das orientações sobre prevenção a dengue, segundo a percepção dos próprios agentes. Os objetivos gerais foram de compreender os processos de comunicação interpessoal no trabalho de prevenção da dengue e fornecer subsídios para repensar as relações entre o agente e a população, assim como os resultados esperados do trabalho desses profissionais. A metodologia utilizada foi a entrevista semi-estruturada aplicada aos agentes que atuam no bairro Fonseca. A análise dos resultados mostrou que não existem diferenças significativas na relação que os agentes setorizados e moradores do bairro, e os não moradores, mantêm com os moradores; o mesmo acontecendo com os modos como os moradores, atendidos por estes agentes, se apropriam destas orientações.

Palavras-chave: dengue, prevenção, promoção da saúde e comunicação

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

COVIG – Coordenação de Vigilância Epidemiológica

FMS – Fundação Municipal de Saúde

FNS – Fundação Nacional de Saúde

IEC – Informação, Educação e Comunicação em Saúde

LIRAA – Levantamento de Índice Rápido do *Aedes aegypti*

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNCD – Política Nacional de Controle da Dengue

PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde

SECOV – Serviço de Controle de Vetores

SUS – Sistema Único de Saúde

VIPACAF – Vice-Presidência de Atenção Coletiva Ambulatorial e da Família

WHO – World Health Organization

http - Hiper Text Transfer Protocol

www - World Wide Web

UBV – Ultra Baixo Volume

EPI – Equipamento de Proteção Individual

SUMÁRIO

1 Introdução	07
2 Marco Teórico	10
2.1 <i>Dengue, Entre a Doença e a Prevenção</i>	10
2.2 <i>Dengue, Uma visão ampliada</i>	15
2.3 <i>Entendendo a Comunicação e Saúde na Prevenção a Dengue</i>	21
3 O Contexto da Dengue em Niterói	29
3.1 <i>O SECOV e o Trabalho de Campo</i>	30
3.2 <i>Os Dados Epidemiológicos do Município</i>	33
3.3 <i>Identificando o Bairro Fonseca</i>	37
4 O Trabalho de Campo	40
5 Análises de Resultados	42
5.1 <i>A Vivência Institucional do Agente</i>	43
5.2 <i>Vivência do Agente e sua Relação com a Comunidade</i>	47
5.3 <i>A Setorização X Local de moradia do agente</i>	54
6 Conclusão	56
Referências	59
Anexos	
1. <i>O agente em números</i>	63
2. <i>Roteiro da entrevista semi-estruturada</i>	64

1 INTRODUÇÃO

A dengue é uma doença viral, febril e aguda, considerada um dos principais problemas de saúde pública no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que entre 50 a 100 milhões de pessoas se infectem anualmente, em mais de 100 países, dos continentes americanos, africano, asiático. Cerca de 550 mil doentes necessitam de hospitalização e 20 mil morrem em consequência da dengue (MS, 2010)

O crescimento urbano desordenado gerou nas últimas décadas condições sócio-ambientais que facilitaram a proliferação do *Aedes aegypti*, principal mosquito transmissor dos vírus da dengue. Problemas relacionados às políticas públicas e serviços de saneamento básico cooperam para o aumento do número de potenciais criadouros deste vetor e consequente proliferação do inseto transmissor da dengue, já que a principal característica deste vetor é que ele necessita de água limpa e parada para colocar seus ovos e consequentemente preservar sua espécie.

Até hoje o único método de controle desta doença é o controle do vetor, tendo em vista que não existe vacina para a dengue. O Ministério da Saúde (MS), através do Programa Nacional de Controle da Dengue (PNCD), propõe ações para que isto se efetue como: a elaboração de programas permanentes; o desenvolvimento de campanhas de informação das medidas preventivas da dengue e mobilização das pessoas para ações de prevenção; o fortalecimento da vigilância epidemiológica e entomológica; melhoria da qualidade do trabalho de campo de combate ao vetor; integração das ações de controle da dengue na atenção básica; utilização de instrumentos legais que facilitem o trabalho do poder público na eliminação de criadouros em imóveis comerciais, casas abandonadas etc.; atuação multissetorial por meio do fomento à destinação adequada de resíduos sólidos e a utilização de

recursos seguros para armazenagem de água; desenvolvimento de instrumentos mais eficazes de acompanhamento e supervisão das ações desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, estados e municípios. (MS/PNCD, 2002)

Solucionar a questão dengue tem sido um grande desafio para os gestores das três esferas de governo: federal, estadual e municipal.

No município de Niterói, o Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses de Niterói atuam no controle da dengue, através do Serviço de Controle de Vetores – SECOV, e do Setor de Informação, Educação e Comunicação em Saúde – IEC. O SECOV, responde pelo serviço operacional de campo e conta, em seu quadro de servidores, com 210 agentes. Estes profissionais têm como objetivo principal o controle da dengue no município. Para tanto, realizam visitas domiciliares levando mensagens educativas para a população e aplicando, se necessário, larvicida para eliminar as larvas encontradas. Essa atividade tem extenso alcance, já que eles visitam a grande maioria dos municípios de Niterói. O IEC desenvolve atividades visando à mobilização social, realiza palestras e oficinas, e é responsável pela capacitação dos agentes, fornecendo subsídios para que eles possam melhor desenvolver suas atividades.

Entretanto, o desejável declínio dos índices de infestação do *Aedes aegypti* não tem sido alcançado em todos os setores. Na maioria dos casos o que observamos é a manutenção das condições sanitárias que o servidor buscou mudar.

Esta pesquisa tem como tema a comunicação na prevenção a dengue. O problema a ser investigado é a existência ou não de diferenças significativas na relação que os agentes setorizados e moradores da localidade e os setorizados e

não moradores mantêm com a população – e nos modos como esta se apropria das orientações sobre prevenção a dengue, segundo a percepção dos próprios agentes.¹

Além da relevância da dengue, cujos últimos surtos e epidemias têm manifestado gravidade e letalidade crescentes, acreditamos que esta monografia também se justifica por abordar um pressuposto básico das ações preventivas realizadas por instituições de saúde, não apenas em relação à dengue, o agente, por pertencer à própria comunidade e compartilhar a mesma realidade e referências culturais, teria condições de realizar o trabalho de prevenção de forma mais eficiente. De nossa perspectiva, os agentes, vistos como mediadores fundamentais dos processos de produzir, fazer circular e consumir os sentidos sociais relacionados à dengue podem fornecer pistas valiosas para dimensionar de forma mais adequada à atuação do setor sob minha coordenação – o IEC, e, dessa forma, buscar melhorar os serviços ligados à prevenção da dengue tendo em vista a importância deste agravo no quadro sanitário brasileiro.

Os objetivos gerais são os de compreender os processos de comunicação interpessoal no trabalho de prevenção da dengue, fornecer subsídios para repensar as relações entre o agente e a população, assim como os resultados esperados do trabalho desses profissionais. De forma mais específica: a) analisar as práticas comunicativas aí envolvidas, entendendo que é pela comunicação que tais trabalhadores se tornam agentes de manutenção ou transformação da realidade; e b) identificar os sentidos atribuídos pelos agentes à receptividade que seu trabalho encontra (ou não) junto à população.

¹ Inicialmente, a idéia era entrevistar grupos da própria população, o que foi modificado diante do tempo disponível, que não comportava a submissão do projeto a um comitê de ética em pesquisa.

2 Marco Teórico

2.1 *Dengue: entre a doença e a prevenção*

Em sua origem etimológica, saúde é um estado positivo do viver, aplicável a todos os seres vivos e com mais especificidade à espécie humana. Porém no mundo contemporâneo, mais que um estado natural, é uma definição construída social e culturalmente. (LUZ, M. T, pág. 353).

Do ponto de vista da saúde, a intervenção a dengue envolve três aspectos: a prevenção, a promoção e o tratamento da doença. Nesta pesquisa, o foco de nossa atenção foi a prevenção da dengue, área de atuação dos agentes, e a promoção da saúde que, nos últimos anos, tem direcionado as ações de combate a dengue. Atualmente, entre as estratégias utilizadas na prevenção da dengue estão: a comunicação, visando informar e educar os indivíduos para que mantenham seu espaço e ambiente saudáveis, e o tratamento químico, visando a eliminação de larvas e dos mosquitos transmissores da doença. Para que possamos refletir sobre a comunicação na prevenção da dengue, problema de interesse desta pesquisa, vamos contextualizar alguns conceitos: como doença-saúde, prevenção e promoção da saúde.

No decorrer da nossa história, o conceito saúde passou, e vem passando, por diversas mudanças, acompanhando as transformações, sociais, econômicas e políticas, ocorridas no Brasil e no mundo. Saúde, a princípio, era vista como ausência de doenças e o fator biológico era determinante para saúde. As doenças de maior interesse para as pesquisas eram as que afetavam um grande número de indivíduos, como as epidemias.

Alguns marcos põe em relevo estas modificações. No Brasil, em 1808 com a chegada da família real, aconteceram intervenções nas condições de vida e da saúde da população devido a preocupação com as epidemias. Até meados do

século XIX, as doenças epidêmicas eram a grande preocupação em saúde pública e os instrumentos utilizados para o controle eram o isolamento e a quarentena. No séc.XIX, aparece o conceito de “vigilância” na saúde pública; e com o desenvolvimento da microbiologia, as vacinas para o controle de algumas epidemias. No final do século XIX, com o uso do microscópio, tem início a chamada era bacteriológica, com posterior desenvolvimento da penicilina. Até o final do século XIX, boa parte das questões relativas às doenças infecciosas, especialmente as contagiosas, havia sido respondida. No começo do séc. XX ocorreram as campanhas de saúde pública contra a febre amarela e a peste bubônica, com Oswaldo Cruz. É também nesta época que ocorreram as ações impositivas como as vacinas obrigatórias, medidas higienistas, notificações de doenças. Após a 2ª guerra mundial, foram realizadas as campanhas de erradicação de diversas doenças, entre elas a varíola. Em meados dos anos 60, constatou-se modelo médico de saúde pública não estava atendendo as necessidades mais urgentes de populações pobres e carentes. Os profissionais de saúde pública e a comunidade passaram a procurar alternativas às campanhas verticais e à ênfase colocada no atendimento médico. Dessa forma, surgiu uma maior preocupação com as dimensões sociais, econômica e política da saúde. Entre a década de 70 e 80, o conceito de saúde começa a ser articulado com as condições de vida do indivíduo. Estes determinantes foram sendo incorporados aos poucos, como resultado de esforços e lutas dos profissionais da saúde e da sociedade. As Conferencias Nacionais de Saúde foram relevantes para esta mudança. A partir da 8ª Conferencia Nacional de Saúde, que ocorreu em 1986, o conceito saúde no Brasil tornou-se mais abrangente. Os profissionais e gestores de saúde, em conjunto com representantes da sociedade, lançaram o lema “saúde, direito de cidadania e dever do Estado”. O conceito de saúde passou a ser

resultante das condições de alimentação, educação, habitação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. O direito a saúde significava, então, sua garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde em todos os seus níveis a toda a população do país.

Após um intenso movimento social, o lema foi inscrito na Constituição Federal de 1988, na seção saúde, artigos 196, 197, 198 e 200. A saúde passou a ser um direito de todos e dever do Estado; as ações e serviços de saúde passaram a ter relevância pública; e as ações e serviços públicos de saúde passaram a integrar uma rede regionalizada e hierarquizada que constituíram o sistema único. Hoje, o Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. O indivíduo tem acesso ao atendimento ambulatorial, hospitalar, ações de prevenção e de vigilância sanitária, programas de saúde, com acesso integral, universal e gratuito. Enquanto sistema foi muito bem elaborado, mas ainda enfrenta alguns problemas de gestão que na maioria das vezes afeta o usuário.

O conceito de saúde tornou-se resultante de um conjunto de fatores sociais, econômicos, culturais e políticos. Saúde e doença são processos inerentes à vida e são condicionados pelos modos de vida, condições de vida e estilos de vida (CASTELLANOS, 1998, apud BUSS, 2002, p. 51). As condições de vida da população, seus modos de vida, estabelecem o aspecto saúde destes indivíduos. Pobreza, más condições de vida, trabalho, nutrição etc. podem ser vistas como causas das doenças, ou falta de saúde. Segundo Buss (2002) a situação individual de saúde está relacionada com estilo de vida próprio, características biológicas, de habitação, hábitos, valores, e com os processos que o produzem e o transformam. A

vida cotidiana é o espaço onde se manifestam as articulações entre os processos biológicos e sociais que determinam a situação da saúde; é também, portanto, o espaço privilegiado de intervenção da saúde pública (CASTELLANOS, 1998, apud BUSS, 2002, p. 51).

A dengue é uma doença que envolve determinantes biológicos como a suscetibilidade do indivíduo para o vírus e determinantes sócio-econômico-culturais, condições e modos de vida da população entre eles: acondicionamento inadequado de resíduos sólidos, armazenamento de água de modo inadequado, preceitos religiosos. Ainda de acordo com Buss (2002) caberia a saúde pública atuar sobre os determinantes e condicionantes da situação de saúde, de forma a melhorar a saúde e a qualidade de vida dos indivíduos e da população como um todo, utilizando-se das ações articuladas de promoção da saúde e de prevenção e tratamento das enfermidades e agravos à saúde, assim como a necessária articulação de outros setores sociais e governamentais. As atividades de promoção da saúde envolveriam o indivíduo e seu ambiente, buscando políticas públicas intersetoriais, capacitação dos indivíduos e das comunidades em busca de ambientes favoráveis ao desenvolvimento da saúde - empowerment. Na dengue, observamos que o indivíduo é sempre chamando a fazer sua parte, cuidar do seu espaço: evitando água parada, que pode transformar-se em criadouro de mosquitos transmissores da dengue. Cabe ao indivíduo manter seus espaços saudáveis. Entretanto existem determinantes que independem do indivíduo. O abastecimento de água depende da empresa fornecedora. O adequado recolhimento do lixo, também é de responsabilidade da prestadora do serviço. Todos os indivíduos, em todos os bairros, deveriam ter acesso aos serviços de saneamento básico, ou sejam,

água tratada, recolhimento e tratamento de esgoto, recolhimento de resíduos sólidos urbanos, drenagem de águas pluviais e controle de pragas e vetores urbanos.

O SUS aponta para ações de prevenção e vigilância sanitária e reforça a promoção da saúde. Os indivíduos que vivem numa realidade onde os determinantes sócio-ambientais não estão de acordo com a saúde, favorecendo as condições de desenvolvimento do mosquito transmissor da dengue, devem estar capacitados a buscar melhorias destas condições.

A OMS ressalta que a disseminação da informação e a educação são bases para a tomada de decisão e componentes importantes da promoção de saúde, para o empoderamento, que entendido como processo de capacitação dos indivíduos e comunidades para assumirem maior controle sobre os fatores pessoais, sócio-econômicos e ambientais que afetam a saúde (WHO, 1998).

Segundo Campos et AL (2004), uma Política Nacional de Promoção da Saúde terá maior desempenho à medida que construa ações quanto aos modos de vida dos indivíduos e que apostem na capacidade de auto-regulação dos mesmos, enquanto o Estado, mantendo suas responsabilidades quanto às condições de vida, opere na formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população.

Atualmente, o controle da dengue tem seu alicerce na promoção da saúde e o agente de campo pauta as suas atividades na prevenção da dengue. Segundo Rangel (2008), as práticas de prevenção a dengue ainda estão marcadas pelo higienismo/campanhismo, com ações voltadas para o combate ao vetor. Estas ações são do setor saúde e realizadas por agentes de saúde; se dão para a higienização do ambiente em que as noções de limpeza/ pureza e risco/perigo são enfatizadas.

Ainda de acordo com Rangel (2008), no modelo de prevenção adotado para o controle do dengue, percebe-se pouca sensibilidade cultural dos agentes de campo para analisar quando e onde fazer, ou não, ações de prevenção; Se devem orientar ou fiscalizar, por exemplo. A aplicação domiciliar do larvicida pode ser considerado um fator de inibição à adesão aos programas de prevenção, pois os agentes podem não conhecer ou considerar os valores e crenças da população, que nem sempre aceita de bom grado sua entrada nos domicílios (CHIARAVALLOTI et AL, 2002). Temos que considerar o valor social, ou de uso, ou de troca, ou mesmo estético, que os indivíduos atribuem aos objetos focalizados no programa de controle do dengue, tais como: pneus, vasos de plantas, garrafas plásticas, dentre outros. Agentes, pouco atentos a esses aspectos, podem atuar nas comunidades, de forma desrespeitosa e invasiva em relação à sua privacidade e aos interesses dos moradores.

Outro ponto importante na prevenção a dengue é a noção de risco e perigo, que são também construções sociais. Segundo Rangel (1993) cabe aos indivíduos julgar e escolher os riscos a que estão submetidos, em função dos seus conhecimentos, experiências, valores socioculturais.

A promoção da saúde será mais eficiente se caminhar em conjunto com a redução de danos. A capacidade do indivíduo autogerir seus modos de vida somados à eficácia do Estado no que diz respeito às suas responsabilidades sobre condições de vida da população e a formulação de legislações que dificultem a exposição às situações de risco, reduzindo a vulnerabilidade da população. Não recorrendo apenas a mecanismos disciplinares e higienistas (CAMPOS, et AL.: 3)

2.2 Dengue: uma visão ampliada

Há muito tempo a dengue vem ocorrendo, tanto no Brasil como no mundo. O primeiro caso de dengue foi descrito na década de 50, nas Filipinas e Tailândia. Após a década de 60, a presença do vírus intensificou-se nas Américas. A dengue

pelo sorotipo 1 apareceu pela primeira vez em 1977, na Jamaica; mas foi a partir de 1980 que foram notificadas epidemias em vários países. O sorotipo 2, encontrado em Cuba, foi o responsável pelo primeiro surto de febre hemorrágica ocorrido fora do Sudoeste Asiático e Pacífico Ocidental. O segundo surto ocorreu na Venezuela, em 1989.

No Brasil, há referências de epidemias de dengue desde 1916, em São Paulo, e em 1923, em Niterói, no Rio de Janeiro, sem comprovação laboratorial. No começo do século XX, o Rio de Janeiro vivia uma crise de febre amarela, doença também transmitida pelo *Aedes aegypti*. Oswaldo Cruz iniciou então uma campanha para a erradicação do mosquito. Entretanto, o mosquito não foi erradicado e voltou a se espalhar, provocando nova epidemia na década de 20.

Nas décadas de 1930 e 1940, a Fundação Rockefeller incentivou intensas campanhas de erradicação do *Aedes aegypti* nas Américas. Já em 1947, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) passou a coordenar campanhas com a mesma finalidade. Em 1955, o Brasil conseguiu eliminar seu último criadouro do mosquito e, três anos depois, o vetor foi declarado erradicado no país. Em 1962, 18 países continentais e várias ilhas do Caribe tinham obtido êxito na tarefa. Contudo, o mosquito permaneceu em alguns países e conseguiu, aos poucos, reinfestar o continente. Em 1967, confirmou-se a reintrodução do *Aedes aegypti* no Brasil. Mosquitos foram encontrados no Pará e, dois anos depois, também no Maranhão. Novos esforços conseguiram que, em 1973, o vetor fosse considerado erradicado novamente do território brasileiro. Devido às falhas na vigilância epidemiológica e à urbanização acelerada, o mosquito retornou ao Brasil em 1976. Foram confirmadas reinfestações no Rio Grande do Norte e no Rio de

Janeiro. A partir de 1986, ocorreram epidemias, atingindo o Rio de Janeiro e algumas capitais da região Nordeste.

Desde então, a dengue vem ocorrendo no Brasil de forma endêmica, intercalando-se com a ocorrência de epidemias, geralmente associadas com a introdução de novos sorotipos em áreas anteriormente ilesas. Na epidemia de 1986, identificou-se a ocorrência da circulação do sorotipo 1, inicialmente no estado do Rio de Janeiro, disseminando-se, a seguir, para outros seis estados até 1990. Nesse mesmo ano, foi identificada a circulação do sorotipo 2, também no estado do Rio de Janeiro. Em 2002 ocorreu a circulação do sorotipo 3 e em 2010 a do sorotipo 4. Atualmente estes vírus alternam sua circulação, ocorrendo isoladamente ou mesmo simultaneamente, por todo o Brasil.

A dengue é uma doença febril aguda, cujo agente etiológico é um arbovírus do gênero Flavivírus. São conhecidos atualmente quatro sorotipos distintos: DENV-1, DENV-2, DENV-3 e DENV-4. A infecção por um deles confere proteção permanente para o mesmo sorotipo. Clinicamente, as manifestações variam de uma síndrome viral até um quadro grave e fatal de doença hemorrágica com choque. A dengue é uma enfermidade de área tropical e subtropical, onde as condições do ambiente favorecem o desenvolvimento dos vetores². Várias espécies de mosquitos do gênero *Aedes* podem ser transmissores do vírus da dengue. No Brasil, encontramos o *Aedes aegypti* e o *Aedes albopictus* que podem transmitir a dengue.

A transmissão ocorre quando a fêmea do *Aedes* se contamina ao picar um indivíduo infectado que se encontra na fase virêmica da doença, tornando-se, após um período de 10 a 14 dias, capaz de transmitir o vírus para outros indivíduos por toda sua vida através da picada. Independente do estágio de classificação da

² Entretanto já ocorreu em países como Hong Kong, Madagascar e Sudão (OMS,2010)

doença, a dengue é uma doença que necessita de cuidados médicos. Em geral, a porta de entrada para o usuário do SUS é a assistência básica. Na maioria dos casos, as unidades básicas de saúde (UBS) conseguem resolver bem. Mas, por vezes a internação é necessária, e nas formas graves as UTIs precisam ser utilizadas. As formas graves podem evoluir para óbito se não diagnosticadas e tratadas a tempo.

O tratamento da dengue implica em custos para o governo, tanto com o tratamento da doença como no controle de vetores. Custos com a compra de insumos e treinamento de pessoal para o atendimento nos diferentes níveis de complexidade da assistência médica; e que se elevam nas epidemias; os custos com o controle do vetor: larvicida, inseticida, EPI, material informativo/educativo, campanhas.

Muitos são os fatores que determinam ou interferem nas epidemias: questões ambientais, sociais, culturais e econômicas. Segundo Paulo Sabroza, em entrevista ao Informe Ensp, 2008, as condições socioambientais são determinantes na possibilidade de um processo endêmico-epidêmico. As relações entre a densidade do vetor, as condições sócioambientais que vão determinar as condições de produção da doença. Nas grandes cidades, os problemas de saneamento básicos como: abastecimento de água e coleta de lixo irregular ou insuficiente favorecem os criadouros para os vetores. A questão do abastecimento insuficiente de água é visível pelos depósitos artificiais mais encontrados nas residências, que são os tonéis e baldes para armazenamento de água.

Já a comunicação na prevenção a dengue tem focado a participação individual e da sociedade, lembrando sempre que cada um faça a sua parte. Entretanto a dengue é um problema coletivo, onde não apenas a comunidade tem

que estar envolvida como o Estado tem que participar de forma efetiva nas questões onde a população não tem gestão.

Na esfera governamental, a responsabilidade sobre a dengue já foi palco de exaustivas discussões, representando desgaste para os governos, tanto a nível federal, estadual e municipal. Na realidade, cada esfera de governo tem a sua atuação na questão dengue. Ao governo federal cabe a coordenação técnica, a normatização das atividades, o financiamento e a avaliação do conjunto das ações. A capacitação de pessoal, a distribuição de insumos, recursos, assessoria, ações complementares de controle de vetores sempre que necessárias, o diagnóstico laboratorial especializado e a supervisão das ações dos municípios, é responsabilidade do governo do Estado. E aos municípios, cabem as ações diretas de controle de endemias e o atendimento do paciente com dengue.

O Ministério da Saúde (2009), visando enfrentar os desafios impostos pelas atividades de prevenção e controle da dengue no Brasil e no mundo, elaborou as 'Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue', com o objetivo de orientar os gestores e técnicos na adequação dos planos de contingência estaduais, regionais, metropolitanos ou locais. Estas diretrizes trabalhavam apenas com os indicadores entomológicos gerados pelo levantamento rápido de índices de infestação pelo *Aedes aegypti* (LIRAA). O LIRAA tem a função de monitorar continuamente os índices de infestação pelo *Aedes aegypti* nos municípios do país identificando áreas de maior densidade vetorial. Entretanto o MS percebeu que apenas o LIRAA não era suficiente para prever uma possível epidemia, e em 2010 ampliou esta matriz para identificação das áreas de maior vulnerabilidade para transmissão do vírus da dengue e passou a considerar outros fatores, quais sejam: três fatores da saúde: vírus circulante, população suscetível, a imunidade de grupo

sorotipo específica; um fator demográfico: densidade populacional; e um fator ambiental: infraestrutura de saneamento, que reforçaram o caráter intersetorial do controle da dengue.³

Quanto às informações epidemiológicas, observou-se que entre os anos de 2000 e 2009, foram notificados cerca de quatro milhões de casos de dengue no Brasil, com destaque para os anos de 2002 e 2008, nos quais ocorreram as maiores epidemias registradas até o momento (CGPNCD/DEVEP/SVS/MS: 3).

Vários estudos têm apontado a densidade populacional como um dos fatores que influenciam a dinâmica de transmissão do vírus da dengue. Isto pode ser explicado pelo fato da fêmea infectada do *Aedes aegypti* ser capaz de, durante seu repasto sanguíneo, necessário para maturação de seus ovos, infectar um grande número de pessoas em um curto intervalo de tempo. Aliado a isto, a concentração de indivíduos susceptíveis a um determinado sorotipo circulante, aumenta estas chances de transmissão.

A fêmea do *Aedes aegypti* necessita de criadouros, recipientes, contendo água parada para efetuar sua oviposição. Normalmente ela coloca seus ovos em vários depósitos, assim ela garante a preservação de sua espécie⁴. Dessa forma, a insuficiência nos serviços básicos de abastecimento de água, faz com que a população reserve água nas residências nos mais variados recipientes, muitas vezes descobertos, aumentando a disponibilidade de criadouros potenciais desse vetor, e conseqüentemente o índice de infestação. Do mesmo modo, a coleta irregular de lixo, ou limitações na mesma, pode levar à manutenção de criadouros do vetor em diversas áreas. Também existem muitos criadouros decorrentes do modo de vida da

³ Estes fatores juntos foram denominados “Risco dengue”

⁴ Se os ovos fossem colocados em um único recipiente, quando ficassem sem água, os ovos não amadureceriam.

população, inclusive em áreas com elevado padrão sócio-econômico. Esses criadouros favorecem igualmente a proliferação do mosquito, a exemplo de piscinas sem tratamento adequado, vasos de plantas, características arquitetônicas, dentre outras.

O agente de controle da dengue tem uma gama enorme de possíveis criadouros para vistoriar e tentar eliminar, afim de diminuir a população de vetores e conseqüentemente a transmissão do vírus, isto é feito na rotina das visitas domiciliares, e na comunicação com o morador.

2.3 Entendendo a Comunicação e Saúde na Prevenção a Dengue

Comunicação e Saúde é um termo que indica uma forma específica de ver, entender, atuar e estabelecer vínculos entre os campos da comunicação e da saúde. (ARAUJO e CARDOSO, 2009: 94,95).

Para Rangel (2008) a comunicação é uma condição humana constitutiva do seu processo de evolução e vinculada à linguagem, envolve uma multiplicidade de mediações entre emissores-receptores e a diversificação de fluxos da informação. Ela fala de troca, interação, intersubjetividade, diálogo, expressão, configurando-se a comunicação com múltiplas dimensões: a fisiológica, incluindo a audição, sensações, visão; e as dimensões afetiva, cognitiva, sociocultural e tecnológica. “A comunicação em saúde envolve então, em suas múltiplas dimensões, a circulação de informações e conhecimentos em saúde oriundos de inúmeras fontes, em uma sociedade complexa” (RANGEL, 2008, p. 433).

Para o trabalho de prevenção da dengue a comunicação é relevante. O agente em suas atividades de campo, além da aplicação de larvicida, faz uso da comunicação com a população, passando mensagens educativas, buscando mudanças de hábitos considerados errados, inapropriados ou facilitadores da proliferação do *Aedes aegypti*. Araújo (2009) fala da comunicação como um

processo baseado na interlocução e na negociação de sentidos. Presume um fluxo contínuo e multidirecional determinados por diversos contextos de informação e saberes entre pessoas e comunidades discursivas. Em sua tese de doutorado, Araújo sistematiza o modelo do mercado simbólico (ARAÚJO, 2002), onde ela propõe que a comunicação ocorre como um mercado, onde comunidades discursivas negociam bens simbólicos – seu modo de perceber e classificar o mundo e a sociedade, em busca do poder simbólico, de fazer valer como realidade (ARAÚJO, 2009)

“O poder simbólico de uma pessoa, grupo ou instituição está na razão direta do seu capital simbólico. Este resulta do reconhecimento, como legítimos, dos capitais de outras espécies – econômico, cultural ou social. A legitimidade se conquista, via de regra, no território da comunicação, que é o da produção, e circulação dos sentidos sociais. E, num movimento circular, a comunicação é mais eficaz quando emanada de uma voz autorizada por legitimidade” (ARAÚJO, CARDOSO, 2007: 38).

O agente representa a voz da saúde, ele é legitimado pela Prefeitura como a voz autorizada do controle da dengue em Niterói. Para os servidores federais esta legitimidade, além de ser dada pela Prefeitura, é reforçada por uma questão histórica de combate a dengue no país, onde prevalecia um modelo militar, e que ficou na memória da população.⁵

Modelos e teorias são objetos de disputa quando se trata da luta pelo poder simbólico, pelo poder de fazer as pessoas olharem o mundo e agirem sobre ele através de uma determinada ótica. Quando um ponto de vista se impõe como mais verdadeiro que os demais, eles se naturalizam. Assim como na saúde, os modelos de comunicação também tiveram seu curso na história, mas foi o modelo informacional que se naturalizou e transformou-se em matriz para os demais.

⁵ Eram reconhecidos como mata-mosquitos.

A primeira teoria da comunicação foi a teoria hipodérmica ou da 'bala mágica'. As pessoas eram vistas como um alvo, inertes, e seu comportamento poderia ser moldado por este meio através de condicionamento (ARAÚJO e CARDOSO, 2007)

No final da 1ª Guerra Mundial havia um grande debate sobre o projeto nacional e a saúde estava no centro deste debate, o modelo médico vigente era o médico-sanitário. Este modelo tinha o foco no indivíduo, que deveria mudar seu comportamento e seus hábitos, já que eram tidos como causa das doenças. A educação, então, era entendida como relevante para modificar estas condições. Uma nova geração de médicos–sanitaristas acreditava que o curso das doenças seria alterado pela internalização dos valores e comportamentos saudáveis e preventivos numa ação articulada com a escola (ARAÚJO e CARDOSO, 2007). A propaganda e a educação foram vistas como formas importantes para o enfrentamento do precário quadro sanitário. A partir de então, comunicação e educação foram associadas fortemente à implantação das políticas públicas de saúde (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

O desenvolvimento do modelo informacional, que diz que para que a comunicação seja feita é necessário um emissor que envia uma mensagem para um receptor, através de um canal, evitando os ruídos, foi apresentado por Claude Shannon e Warren Weaver, numa pesquisa para otimizar a transferência de informações telegráficas de um aparelho para o outro, em 1948. Seu ideal era que a mensagem chegasse ao seu destino o mais fielmente possível à sua origem. O ajuste de códigos, entre quem emite e quem recebe, e a eliminação de ruídos são os principais elementos do modelo (ARAÚJO e CARDOSO, 2007).

O modelo era extremamente funcional, operacional e apropriável, permitindo organizar a prática comunicativa com facilidade. O modelo informacional passou a

estar nas condições de produção de todo o modo de pensar a comunicação. Neste modelo a comunicação deve ocorrer em linha reta, entre o emissor e o receptor, numa mesma direção, como se não houvessem mais vozes ali, nem interferências.

Para Araújo e Cardoso (2007) ainda encontram-se pessoas que acreditam na comunicação como transferência de informações a uma população que nada sabe. Esta prática é comum na saúde. Em 1955 é consolidada a teoria de Lazarsfeld, o modelo da comunicação em dois fluxos (*Two Step Flows*). Neste modelo, a lógica da comunicação de estímulo – resposta é acrescida do ambiente social, interações e processos de influência pessoal em que a personalidade do destinatário se configura a partir dos seus grupos de referência (familiares, amigos, profissionais etc.). O modelo reconhecia que as pessoas pertencem a grupos sociais e que estes grupos têm suas próprias dinâmicas. Paul Lazarsfeld atribui importância aos efeitos provocados pela existência dos meios na sociedade. Para ele a propriedade e o funcionamento dos meios de comunicação diferem de um lugar para outro.

Introduzido na saúde, o modelo trouxe sua aposta teórica da existência de instâncias intermediárias entre a fonte e o destino das mensagens, que exerciam influência sobre o modo como os receptores decodificavam as mesmas e com ela a figura do mediador na comunicação” (ARAUJO e CARDOSO, 2007, pág 54).

A teoria reconhece que as pessoas pertencem a grupos sociais e que estes grupos têm sua própria dinâmica. Mas, mantinha as características de linearidade, unidirecionalidade e concepção de língua como conjunto de códigos transferíveis. Possui, ainda hoje, uma força hegemônica, onde os mediadores, multiplicadores, agentes etc., dispõem de dispositivos mais eficientes de codificação das mensagens, em que seriam uma espécie de tradutores autorizados do conhecimento científico. O programa saúde da família faz uso deste modelo de comunicação através dos agentes comunitários de saúde; estes funcionários tem como requisito básico para trabalharem no PSF daquela comunidade, pertencer ao território onde o mesmo está

inserido, na lógica de ‘falar a mesma língua’ que a comunidade. Quando a Prefeitura de Niterói, recebeu os agentes de endemias, por conta da municipalização do controle da dengue foi pensada a lógica do trabalho nos moldes da setorização⁶, e de acordo o modelo de comunicação de Paul Lazarsfeld. O agente desenvolveria melhor sua principal atividade: *passar a mensagem educativa*, se fosse morador e membro da comunidade aonde trabalhasse. Entretanto, estes servidores da Fundação Nacional de Saúde (FNS) foram municipalizados pela Prefeitura, eles não foram selecionados para o cargo. Havia pessoas de vários bairros e até de outros municípios. A princípio, e pensando na setorização, buscou-se lotar estes servidores na localidade de residência, ou pelo menos próximo a ela. Entretanto não havia uma relação equilibrada local de trabalho – local de residência, e muitos tiveram que trabalhar em outros bairros. A setorização em Niterói, passou a ser diferenciada, o servidor é setorizado porque trabalha num determinado território e é responsável por um determinado número de imóveis. Ele fica fixo neste espaço, passando a ser conhecido e reconhecido nesta comunidade como representante autorizado do combate a dengue.

No decorrer do desenvolvimento, a busca de fórmulas comunicativas eficazes, própria dos modelos de natureza transferencial, dá lugar a um processo de conhecimento do funcionamento discursivo das relações. A comunicação não é mais vista como repasse de significados, tem um sentido instável e negociável (ARAÚJO, 2002). Muito embora nas instituições de saúde, na Fundação Municipal de Saúde de Niterói inclusive, o modelo transferencial ainda tem seu lugar de destaque, que é reforçado nos treinamentos.

⁶ O servidor trabalhar na mesma localidade de sua residência.

Há outras formas de perceber a comunicação. A comunicação é um processo dinâmico de construção de sentidos. Nenhum discurso parte do zero. Cada fala, enunciado ou discurso integra uma rede de significações, que é parte das suas condições de produção (ARAÚJO e CARDOSO, 2007). Numa relação de comunicação é preciso pensar que o outro tem informações e saberes próprios, não são ‘páginas em branco’, desprovidos de referências. Eles não são vistos como público alvo ou meros receptores, e sim como interlocutores, co-produtores de sentidos, que se constituem na interlocução.

“Em cada fala, enunciado ou texto, exprime-se uma multiplicidade de vozes, a maioria delas sem que o locutor se aperceba. As vozes correspondem a interesses e posições diferentes na estrutura social, o que faz com que a linguagem seja uma arena de embates sociais, na qual são propostas, negociadas e ratificadas ou recusadas as relações de poder - polifonia” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007: 56.)

Segundo Araújo, na comunicação encontramos posições mais centrais e outras mais periféricas, que correspondem ao poder de produzir e fazer circular sua percepção do mundo, da sociedade, das pessoas e da saúde. Os lugares de interlocução são determinados pelo contexto.

A Comunicação é pensada como espaço de desigual concorrência material e simbólica, que compreende a instancia da produção discursiva e as suas condições sociais de circulação e apropriação. (ARAÚJO e CARDOSO, 2007)

Nos estudos sobre mediação Martín-Barbero (2002) fala das crenças, costumes, sonhos, medos, que fazem parte da cultura cotidiana permeiam o espaço entre o estímulo e a resposta. Estudar os modos de relação das pessoas com o meio é importante. Para ele muito daquilo que escutamos, nossos gostos, nossas concepções do mundo, não são individuais, são coletivos, ou seja, tem ligação com a classe social, o grupo familiar, tem a ver com o local de onde você vem ou vive, com a raça, com elementos étnicos, com a idade. É claro que há um modo seu,

individual, entretanto está influenciado por dimensões culturais, que são coletivas. Barbero diz que há culturas diversas, são diversas por causa das regiões, por causa da história, por causa das idades, dos gêneros.

“A verdadeira proposta do processo de comunicação e do meio não está nas mensagens, mas nos modos de interação que o próprio meio – como muitos dos aparatos que compramos e que trazem consigo seu manual de uso – transmite ao receptor” (MARTIN-BARBERO, 2002, p. 55).

O modelo comunicacional estabelecido por Barbero fala de um processo de interação de relação, diz que entre o emissor e o receptor há um espaço de dimensões culturais, preenchido pela mensagem, a qual é configurada com múltiplas variáveis. Essa complexidade de fatores que envolve a mensagem faz com que a intenção inicial emitida pelo emissor possa ou não ser a mesma captada e recebida pelo receptor.

Assim a comunicação é deslocada de uma questão de meios e de transmissão de informações para a cultura; para o processo de produção de significados; para a experiência dos indivíduos. O receptor deixa de ser um mero decodificador dos conteúdos das mensagens impostas pelo emissor e passa a ser produtor de novos significados. O receptor seria um sujeito do processo de comunicação em que interpreta o conteúdo da mensagem conforme os valores sociais que defende.

No processo de comunicação realizado pela maioria dos agentes desta pesquisa, o morador é percebido apenas como um receptor de informação, pronto para assimilar as orientações recebidas. O morador tem suas crenças, seus valores, e mesmo que o agente pertencesse a localidade de trabalho poderia não ter os mesmos valores, seja pela diferença de geração, cultura, crença, etc. As campanhas de prevenção a dengue e os folders idealizados pelo MS são os mesmos para todo o Brasil, que é um país regionalizado, com culturas diversas. Os folders informativos

produzidos pela prefeitura de Niterói foram idealizados para a população de modo geral, independente de faixa etária, cultura, condições sociais. “A comunicação se tornou para nós questão de *mediações* mais do que meios, questão de *cultura* e, portanto, não só de conhecimentos mas de reconhecimento” (BARBERO, 1997, p. 16).

3 O CONTEXTO DA DENGUE EM NITERÓI

O município de Niterói, assim como todas as cidades brasileiras tem enfrentado problemas relacionados a dengue. O crescimento urbano desordenado que vem ocorrendo nas cidades, e em Niterói, nos últimos anos, gerou algumas condições que facilitaram a proliferação do *Aedes aegypti*. Problemas de saneamento básico como o abastecimento de água e coleta de lixo, insuficientes ou ineficientes, contribuíram para o aumento do número de potenciais criadouros do vetor. Associada a esta situação, uma grande quantidade de resíduos sólidos, entre plásticos, latas e outros materiais, abandonados em quintais, ao longo das vias públicas, nas praias e em terrenos baldios, tem contribuído para a proliferação do inseto transmissor do dengue.

A Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, através da Vice-Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família tem se empenhado no enfrentamento desta doença. Fomentar a prevenção e combate aos focos do mosquito e reforçar as ações de mobilização social tem sido a diretriz do município. A VIPACAF estimulou a criação de Comitês da dengue, coordenados pelas policlínicas regionais do município. Estes comitês se organizaram na formação de grupos intersetoriais, reunindo secretarias e entidades privadas: saúde, educação, Companhia de Limpeza de Niterói, Águas de Niterói, entre outras, para planejar e apoiar as ações de prevenção e controle da dengue nas áreas limites das policlínicas regionais. A Coordenação de Vigilância Epidemiológica trabalha no sentido de manter atualizado e investigado os casos suspeitos de dengue e os informes com números de casos. O Departamento de Vigilância Sanitária e Controle de Zoonoses de Niterói fica responsável pelas ações operacionais de controle da dengue. Este trabalho é desenvolvido por dois setores: O Serviço de Controle de

Vetores e o Setor de Informação, Educação e Comunicação em Saúde. O SECOV atua no serviço de operacional de campo. É responsável pelo trabalho de campo, através das visitas domiciliares realizadas pelos agentes, das inspeções realizadas nos pontos estratégicos, da fiscalização de imóveis, e da aplicação de inseticida pela UBV. O IEC é o setor responsável pelas ações de mobilização social, por realizar palestras, oficinas e capacitações sobre prevenção a dengue, e também pela capacitação dos servidores de campo, fornecendo subsídios para que eles possam melhor desenvolver suas atividades.

3.1 O SECOV e o trabalho de campo

O interesse da pesquisa está na comunicação realizada pelos agentes de campo com a população nas visitas domiciliares. O SECOV dispõe em seu quadro de servidores de 210 guardas de endemias/agentes de combate às endemias/agentes de controles de zoonoses. (v. anexo 1) Estas três nomenclaturas são relativas ao vínculo e a regência institucional destes agentes. Os guardas de endemias e alguns poucos remanescentes agentes de saúde pública, tem seu vínculo na Fundação Nacional de Saúde, estes servidores são efetivos e tem uma jornada de 40hs semanais. Os agentes de combate a endemias estão sob o regime da CLT, o contrato de trabalho está sob a responsabilidade da Fundação Nacional de Saúde e a jornada de trabalho é de 40hs. Os agentes de controle de zoonoses são concursados e efetivos da Fundação Municipal de Saúde de Niterói, tem jornada de trabalho de 32,5hs. Os servidores da Fundação Nacional de Saúde, efetivos e contratados, estão cedidos a Fundação Municipal de Saúde, por conta da municipalização. Apesar das diferenças quanto aos vínculos de trabalho, carga horária, e salário, eles desempenham a mesma função. Estes servidores têm como

objetivo principal o controle da dengue no município. Cada agente é responsável por visitar cerca de 800 imóveis em ciclos bimensais. Fazem parte de suas atribuições: localizar, tratar ou eliminar (sempre que possível) focos de *Aedes aegypti*, orientar a população através de mensagens educativas para que as medidas preventivas sejam tomadas. Esta atividade tem extenso alcance, já que eles visitam a grande maioria dos munícipes de Niterói. O agente trabalha setorizado, podendo ser no local onde reside ou não. A setorização possibilita criar um vínculo com os moradores, já que a cada dois meses este morador receberá a visita do mesmo agente. A comunicação é o principal instrumento de trabalho destes agentes, é através dela que ele cria o vínculo com a população buscando a melhoria nas condições sanitárias do ambiente. Entretanto, o desejável declínio dos índices de infestação do *Aedes aegypti* não tem sido alcançado em todos os setores. Na maioria dos casos o que observamos é a manutenção das condições sanitárias que o servidor buscou mudar.



Visita domiciliar – IEC 2010



Visita domiciliar – IEC-2010



Visita domiciliar – IEC-2010

3.2 Os Dados Epidemiológicos do Município

Niterói vem registrando epidemias de dengue desde 1986. Podemos citar os anos de 1987, 1990, 1991, 1998, 2001, 2002, 2007, 2008 como epidêmicos (COVIG/VIPACAF/FMS, 2011).

Os dados epidemiológicos utilizados na pesquisa foram do informe técnico de 28 de fevereiro de 2011 da Coordenação de Vigilância Epidemiológica. Até esta data foram notificados 322 casos suspeitos de dengue de residentes no Município de Niterói, sendo que foram 1.515 casos acumulados de 2010 até o momento. Os bairros que apresentaram maior número de casos foram: Fonseca (79), Itaipu (33), Engenhoca (30), Piratininga (23), Icaraí (16), Caramujo (12), Santa Rosa (10), Barreto, Ingá e Largo da Batalha (9), Engenho do Mato e Várzea das Moças (8). As Policlínicas regionais com maior proporção de casos foram a Norte (30,1%) e Oceânica (28,9%), tendo as demais policlínicas apresentado menores percentuais.

Tabela 1: CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE POR MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA – 2011

MUN RES	Freq	Percent
MANAUS - AM	1	0.1%
GUAPIMIRIM	1	0.1%
ITABORAI	18	2.3%
MAGE	3	0.4%
MARICA	28	3.6%
NITEROI	606	76.9%
RIO JANEIRO	6	0.8%
RIO OSTRAS	1	0.1%
S. GONCALO	123	15.6%
SAO PAULO (SP)	1	0.1%
Total	788	100.0%

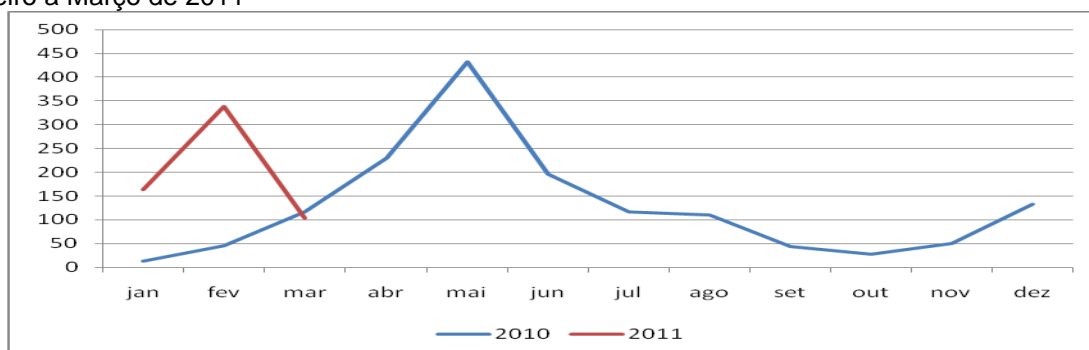
Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 23/03/2011

Tabela 2: CASOS NOTIFICADOS DE DENGUE EM RESIDENTES POR MES DE INÍCIO DOS SINTOMAS CONFORME CLASSIFICAÇÃO FINAL – 2011

CLASSIFICAÇÃO	MES			Total
	1	2	3	
DENGUE CLASSICO	15	36	1	52
DENGUE COM COMPLICACOES	2	8	3	13
DESCARTADO	13	10	0	23
EM INVEST	134	283	100	517
FEBRE HEMORRAGICA DO DENGUE	0	1	0	1
Total	164	338	104	606

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 23/03/2011.

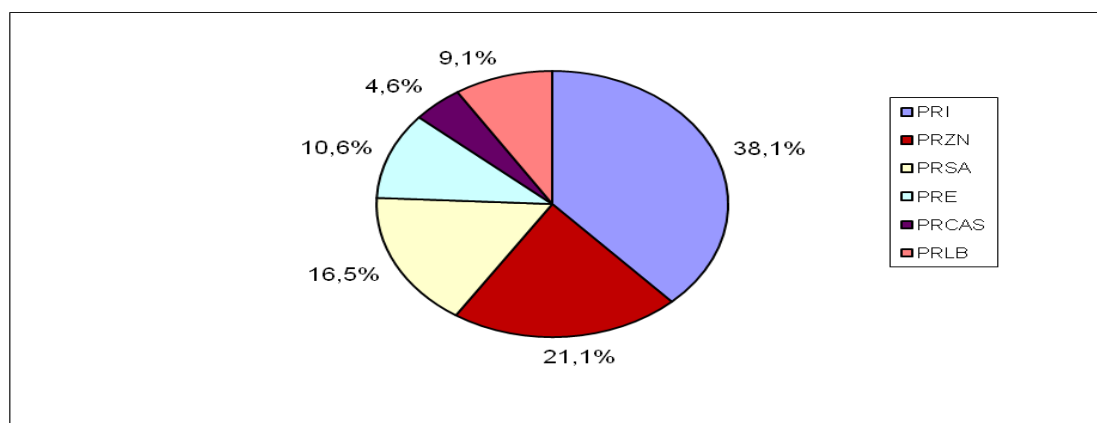
Gráfico 1: Casos Notificados de Dengue em Residentes de Niterói – Janeiro a Dezembro de 2010 e Janeiro a Março de 2011



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 23/03/2011

A queda da curva em março de 2011 se deve a compilação de dados até 23/03/2011, acreditando-se que esta curva suba com a atualização de dados.

GRÁFICO 2: PROPORÇÃO DE CASOS DE DENGUE EM RESIDENTES POR REGIONAL DE MORADIA – JANEIRO E FEVEREIRO DE 2011



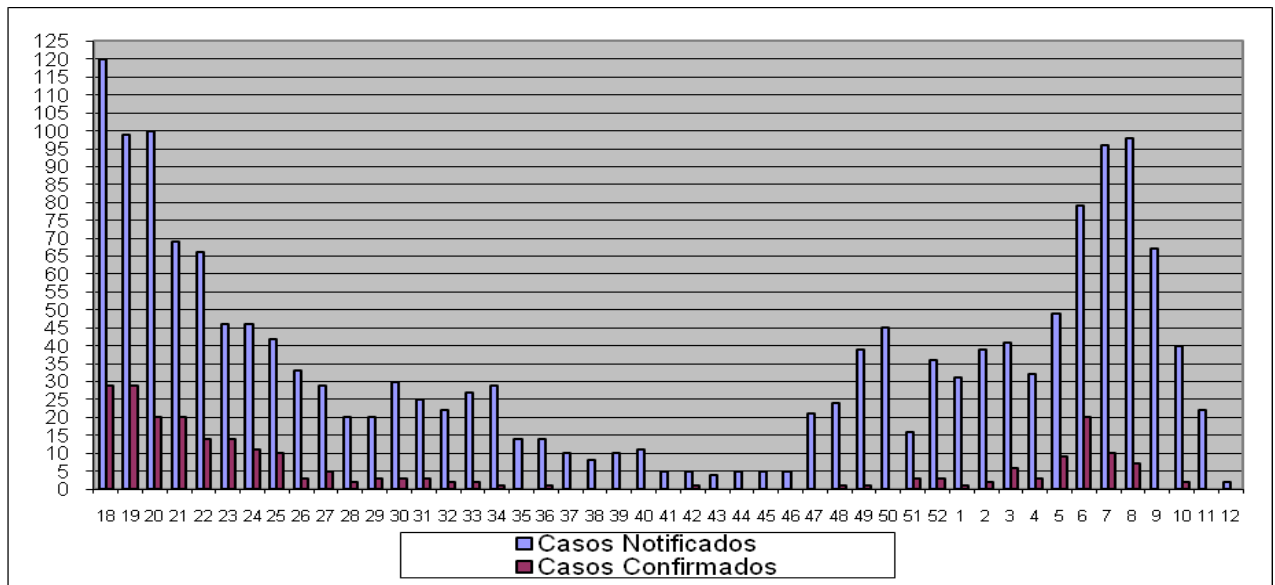
Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
Dados sujeitos a revisão, atualizados em 23/03/2011

Tabela 3: DISTRIBUIÇÃO DE CASOS DE DENGUE NOTIFICADOS POR BAIRRO DE RESIDÊNCIA E MÊS DE INÍCIO DOS SINTOMAS SEGUNDO REGIONAL DE RESIDÊNCIA - 2011

BAIRRO	MES			Total
	1	2	3	
BOA VIAGEM	0	1	1	2
CENTRO	1	2	5	8
FATIMA	0	1	0	1
ILHA DA PRCAS	2	1	3	6
MORRO DO	0	1	0	1
SANTA BARBARA	2	0	2	4
SÃO DOMINGOS	0	2	0	2
SÃO LOURENÇO	1	3	0	4
Total	6	11	11	28
BALDEADOR	1	2	2	5
BARRETO	5	5	3	13
ENGENHOCZ PRE	14	22	8	44
TENENTE JARDIM	1	0	1	2
Total	21	29	14	64
CARAMUJO	5	7	3	15
CUBANGO PRZN	3	4	2	9
FONSECA	32	61	9	102
VICOSO JARDIM	0	2	0	2
Total	40	74	14	128
CAFUBA	1	10	5	16
CAMBOINHAS	1	0	1	2
ENGENHO DO MATO	5	18	4	27
ITACOATIARA	1	7	4	12
ITAIPIU	21	41	17	79
MARAVISTA PRI	0	11	1	12
MURIQUI	0	2	0	2
PIRATININGA	14	29	4	47
RIO DO OURO	1	1	0	2
SANTO ANTONIO	0	1	0	1
SERRA GRANDE	1	17	1	19
VARZEA DAS MOCAS	2	8	2	12
Total	47	145	39	231
BADU	3	7	2	12
CANTAGALO	1	1	0	2
ITITIOCA	1	1	0	2
LARGO DA BATAIHA	7	4	1	12
MACEIO PRLB	1	3	1	5
MARIA PAULA	1	3	2	6
MATAPACA	2	0	0	2
SAPE	4	1	3	8
VILA PROGRESSO	1	5	0	6
Total	21	25	9	55
CACHOEIRA	0	3	1	4
CHARITAS	4	2	1	7
ICARAI	14	17	6	37
INGA	3	12	2	17
JURUJUBA PRSA	1	5	1	7
PE PEQUEN	1	0	1	2
SANTA ROSA	6	9	3	18
SÃO FRANCISCO	0	3	1	4
VIRADOURO	0	0	1	1
VITAL BRASIL	0	3	0	3
Total	29	54	17	100

Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
 Dados sujeitos a revisão, atualizados em 23/03/2011.

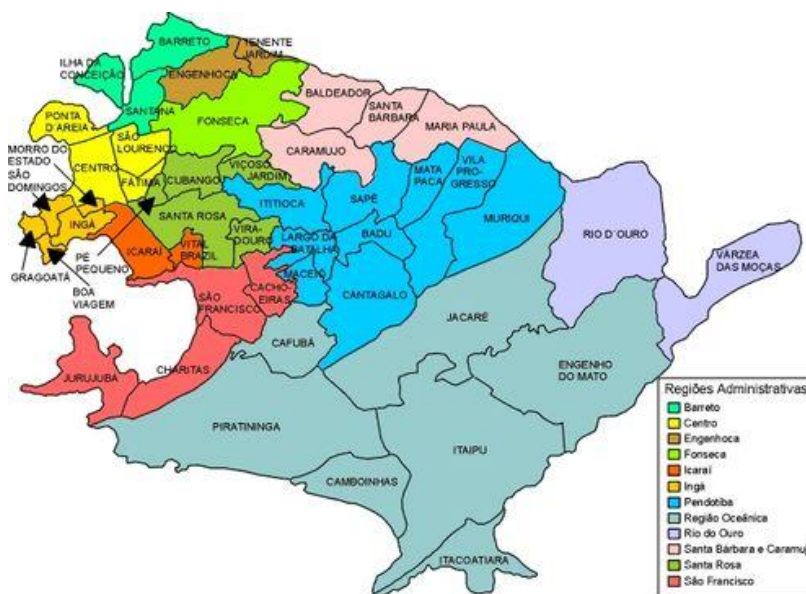
Gráfico 3: CASOS NOTIFICADOS / CONFIRMADOS DE DENGUE EM RESIDENTES, POR SEMANA EPIDEMIOLÓGICA (18/2010 A 12/2011)



Fonte: SINAN/COVIG/VIPACAF/FMS-Niterói
 Dados sujeitos a revisão, atualizados em 23/03/2011.

3.3 Identificando o bairro Fonseca

O Fonseca tem apresentado registro de maior incidência de casos de dengue até o momento em Niterói. É um dos bairros mais antigos do município. Ele fica em um vale cortado pelo canal do rio da Vicência, circundado por morros que o limitam com Baldeador, Caramujo, Viçoso Jardim, Cubango, São Lourenço, Santana, Engenhoca, Tenente Jardim e também o município de São Gonçalo.

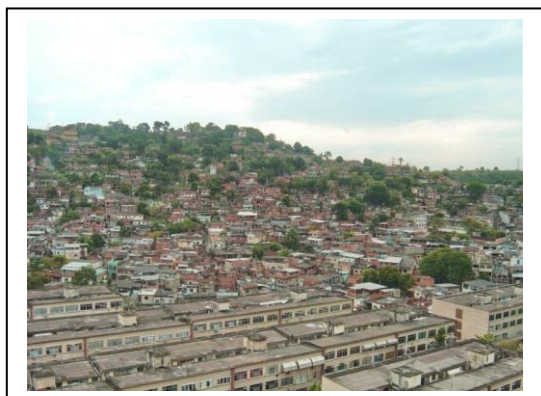


Olhando-se o Fonseca do alto, na descida do morro da Caixa d'Água ou de qualquer de seus morros, pode-se observar imediatamente dois fatos que são marcantes na caracterização do bairro: 1º) a Alameda São Boaventura com suas duas vias, o canal da Vicência parcialmente coberto (nas áreas de baías para os ônibus), e seu grande movimento de veículos; e 2º) a ocupação praticamente total de seu território, por edificações onde são minoritários e facilmente identificáveis os edifícios de apartamentos, tanto na parte baixa quanto nas suas encostas.



A predominância de construções de um ou dois pavimentos fez do Fonseca um bairro extremamente populoso e adensado (11.499 hab/Km²). Em população ele é o maior da Região Norte. O padrão construtivo é bastante diversificado: há desde alguns palacetes que ainda resistem ao tempo a casas geminadas, sobrados, vilas de casa, edifícios, prédios populares e casas de favela, atestando o seu grande contingente populacional, sua história e seu perfil.

O lugar calmo e coberto de vegetação exuberante que existia até o final do século passado, com suas fazendas e aprazíveis chácaras que serviam de endereço para famílias ilustres, gradativamente deu lugar ao bairro de hoje. O Fonseca é um bairro de ruas asfaltadas, razoavelmente servido de água e esgoto, como também de limpeza pública. O bairro dispõe de energia elétrica (até nas áreas favelizadas) e de transporte coletivo eficientes. Possui um número expressivo de escolas públicas, são 7 e 8 particulares, embora este número seja insuficiente para atender as carências. Funcionam no bairro dois hospitais públicos: o infantil, Getúlio Vargas Filho; e o estadual de emergência, Azevedo Lima.



Vista da comunidade Vila Ipiranga
IEC 2010



Casas do bairro Fonseca
IEC 2010

Ao longo dos últimos anos o Fonseca tornou-se um bairro de classe média baixa e de trabalhadores. Intensificou-se o processo de favelização em algumas áreas ao mesmo tempo em que se acelerou a construção de conjuntos de edifícios. Ao longo da Alameda funcionam agências bancárias, agência do correio, clubes, igrejas, clínicas, escolas, a Penitenciária Estadual Ferreira Neto, a delegacia policial, o Jardim Botânico Nilo Peçanha (Horto do Fonseca), um quartel da Polícia Militar e o Museu da Eletricidade.

Nas atividades econômicas o destaque é o comércio. O Fonseca tem muitos problemas que exigem atenção e ação específica do poder público, os principais são: o trânsito de veículos na Alameda São Boaventura, o escoamento das águas pluviais, a presença de conflitos pelo domínio de "pontos" pela criminalidade, principalmente nas áreas de favelização.

4 O TRABALHO DE CAMPO

A expectativa com relação ao curso de pós graduação em Comunicação em Saúde era de adquirir conhecimentos na área e de alguma forma contribuir para melhorias no setor o qual coordeno – IEC, e para a Fundação Municipal de Saúde. Como a dengue é um grave problema de saúde pública e é um tema trabalhado pelo setor de forma exaustiva, mas com resultados esperados nem sempre alcançados, o tema começou a ser definido. Era fato que nas reuniões, cursos, ou mesmo informalmente, os agentes operacionais de campo reclamavam que não conseguiam serem ouvidos pela população, que os moradores não mudam seus hábitos mesmo com as orientações recebidas. Foi então que ficou definido o tema da pesquisa: a comunicação na prevenção a dengue.

Durante o desenvolvimento do anteprojeto surgiu a dúvida quanto a influencia que a minha atual posição de coordenadora da IEC poderia ter na pesquisa, por realizar alguns trabalhos com o grupo a ser estudado. Mas avaliamos que isto não aconteceria já que não exerço cargo de gestão sobre eles.

Durante a coleta de dados iniciais para a pesquisa, tomei conhecimento de que o número de agentes setorizados e moradores na localidade de trabalho tinham sofrido uma queda. Eles continuam setorizados mas em outra localidade que não a de moradia. Cheguei a questão de interesse, refletir sobre a comunicação e prevenção da dengue no trabalho dos agentes do Bairro do Fonseca/Niterói. A escolha do bairro Fonseca envolveu o fator epidemiológico e entomológico. Epidemiológico devido ao elevado índice de notificações de casos suspeitos de dengue na localidade, foram 79 casos até o dia 28 de fevereiro de 2011. Entomológico por conta do elevado índice de infestação do *Aedes aegypti* no bairro.

Após levantamento bibliográfico, ficou definido o trabalho de campo. Para pesquisa foi utilizada a entrevista semi-estruturada partindo de um roteiro básico (v. anexo 2) e a observação participante. Entre as principais qualidades desta entrevista está a flexibilidade de permitir que o entrevistado defina os termos de sua resposta e ao entrevistador ajustar as perguntas (DUARTE, 2005). Procurou-se, nestas entrevistas, a intensidade das respostas e não a quantificação ou estatística.

Faz necessário destacar algumas dificuldades encontradas na coleta de dados e nas entrevistas. Não existe um banco de dados digitalizado dos agentes de campo e partes das fichas cadastrais existentes dos servidores estão incompletas. O bairro Fonseca é grande, possui 20 setores com 20 agentes, sendo 4 setorizados na localidade. Para a seleção dos participantes da entrevista foi relevante o fato do agente ter que trabalhar ou morar no bairro e ter interesse em participar da pesquisa. A escolha dos entrevistados foi realizada numa reunião da coordenação do trabalho de campo do bairro do Fonseca. Nesta reunião eles tomaram ciência da pesquisa, 4 servidores se voluntariaram de imediato para entrevista, tendo os outros entrevistados sido agendados para outra data. Entretanto, no dia combinado para realização das demais entrevistas, os que compareceram foram convocados pela chefia a participar da entrevista. Embora tendo sido convocados, participaram ativamente. As entrevistas do primeiro grupo foram realizadas numa sala de aula de uma escola, com ar refrigerado, bastante apropriada. O segundo grupo participou da entrevista em uma sala do posto de abastecimento do bairro, embora sem ar refrigerado, também estava apropriada para a atividade. As entrevistas foram gravadas com a autorização prévia dos entrevistados. Os entrevistados participaram com interesse. A etapa seguinte foi a transcrição das entrevistas, para então serem analisadas e sistematizadas.

5 ANÁLISE DOS RESULTADO DAS PESQUISAS

Em uma análise das características sociais dos agentes entrevistados para esta pesquisa podemos dizer que eles estão na faixa etária dos 37 aos 53 anos, a maioria é casado e tem filhos, e possuem ensino médio completo. Dos agentes, cinco sustentam financeiramente a casa. Quanto ao local de moradia, cinco moram no Fonseca e trabalham no bairro ou nos limites dele; um agente mora em Charitas e trabalha no Fonseca e três deles moram no município do Rio de Janeiro e trabalham no Fonseca. Apenas um agente tem formação escolar em saúde, tendo cursado técnico em RX; os demais participaram de alguns cursos ministrados pela Fundação Nacional de Saúde e de seminários organizados pela Prefeitura. Para alguns, a falta de formação específica em saúde, e até mesmo em dengue, é considerado um problema. Eles gostariam de ter mais cursos voltados para a área de atuação. Outros, mais antigos no serviço, acham que detêm total conhecimento sobre dengue, por entenderem terem sido muito bem treinados quando entraram para a função. Embora, sejam estes os defensores do inseticida Icon, hoje com seu uso desaconselhável pelo MS. Podemos perceber a presença do discurso religioso em três dos agentes, entendendo que a solidariedade no trabalho é muito importante para o desempenho da função.

Embora os entrevistados tenham autorizado a divulgação de seus nomes nas entrevistas, afim de preservá-los, entendemos ser melhor identificá-los por números, conforme descrição abaixo:

- 1, 37anos, casado, 2 filhos, servidor do trabalho de sábado⁷ e morador do Fonseca, FMS;
- 2, 51 anos, casado, 3 filhos, morador do Rio de Janeiro, FNS-CLT;

⁷ Trabalha aos sábados em bairros diversos, atendendo locais onde não existe agente setorizado e realiza atividades educativas durante a semana.

- 3, 53 anos, casado, 2 filhos, morador do Rio de Janeiro, FNS-CLT;
- 4, 50 anos, solteiro, sem filhos, morador do Fonseca, FNS-CLT;
- 5, 40 anos, casado, 4 filhos, morador do Fonseca divisa com Engenhoca, FNS-CLT;
- 6, 39 anos, casado, sem filhos, morador do Fonseca divisa com Engenhoca, FNS-CLT;
- 7, 46 anos, casado, 3 filhos e 1 neto, morador do Fonseca, FNS-CLT;
- 8, 41 anos, casado, 2 filhos, morador do Rio de Janeiro, FNS-CLT;
- 9, 45 anos, casado, sem filhos, morador de Charitas, FNS.

5.1 A Vivencia Institucional do Agente

Os nove entrevistados são oriundos da FNS. Apenas um deles foi efetivado pela FNS tendo em vista ter começado a trabalhar antes da regulamentação dos concursos para cargos públicos. Um dos entrevistados era servidor regido pela CLT, mas fez concurso para a prefeitura de Niterói, foi aprovado e tornou-se efetivo desta Fundação. Ele viveu as duas realidades institucionais, tendo acumulado os dois vínculos por um período.

Podemos perceber nos discursos dos servidores com vínculo CLT uma preocupação quanto à manutenção do seu vínculo, do seu emprego. Esta é, e tem sido uma questão central no trabalho de combate a dengue, desde que a doença tornou-se um problema de saúde pública no Brasil.

...depois nós fomos demitidos em 99, foi aquele desespero, colegas se suicidaram, colegas partiram pro desespero, morreram porque foram assaltar. Voltamos em 2003, nesse retorno, com a história de volta não volta mais alguns companheiros infartaram.
(6)

Os servidores contratados vivenciaram, e vivenciam ainda hoje, o medo de não ter seu contrato de trabalho renovado, mesmo estando hoje no regime de CLT.

Em 1999, o então Ministro da Saúde, José Serra, não editou a medida provisória que renovaria os contratos dos agentes. Várias manifestações ocorreram para reverter esta situação, mas nada foi resolvido. Anos se passaram, alguns, de acordo com os relatos dos agentes, infartaram, adquiriram doenças crônicas em função do estresse, passaram por problemas financeiros, entre outros. Muitos foram trabalhar em outros locais, em outras atividades, mas, de acordo com eles, sem a segurança do vínculo público. Até que outra medida jurídica, no mandato do então presidente Lula, reintegrou estes agentes ao trabalho.

O início da trajetória profissional dos agentes contratados foi bem parecido para todos eles. Os efetivos foram convocados ao final do serviço militar para atuar no combate a dengue (1986) e posteriormente tornaram-se efetivos em razão da lei dos concursos públicos. Os contratados participaram de concursos públicos para cargos administrativos em esferas diversas da saúde, por volta dos anos 90, e embora não tendo sido classificados para trabalhar nas instituições nos cargos pleiteados, foram chamados e aproveitados para trabalhar na função de agentes de combates de endemias na FNS. Podemos refletir sobre a importância que o governo federal deu as ações de combate às endemias naquela época. A contratação destes agentes foi feita sem seleção específica para esta atividade. A maioria tinha apenas o ensino fundamental⁸, e nenhuma relação com a dengue ou mesmo com a saúde. Um dos fatores alegados para contratação imediata foi a emergência da situação, a 1ª grande epidemia de dengue no Rio de Janeiro, em 1986. Era necessário um grande contingente de pessoas para combater o vetor. Entretanto, estas questões interferiram ou ainda interferem nas atividades destes agentes, e certamente com peso relevante. Já os agentes da prefeitura, foram

⁸ O ensino médio foi concluído posteriormente por quase todos.

selecionados por concurso público para o cargo (por volta de 2000). Embora não tenha sido requisito prévio, a formação em saúde, a prova aplicada para seleção constava de questões sobre saúde pública e seus agravos; entendendo que o servidor aprovado teria conhecimentos básicos sobre, entre outros agravos de saúde pública, a dengue.

Hoje a PNPS aponta para a capacitação da comunidade em atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. A visita domiciliar, casa a casa, realizada pelos agentes seria uma porta de entrada para esta capacitação, deveria ser uma ação proveitosa e poderia ser utilizada para o planejamento e execução das ações sanitárias. A disseminação de informações e a educação são a base para promoção da saúde⁹, o empoderamento dos indivíduos. Podemos perceber que os entrevistados consideram a atividade de combate a endemias muito importante, alguns entendem o alcance sanitário e da promoção da saúde envolvidos nesta atividade; outros, assim a entendem pelo desejo estarem efetivados e com estabilidade profissional. Alguns agentes acham que combate a dengue, quando eles entraram, era mais efetivo pela utilização do inseticida ¹⁰, e que a população dava mais valor a eles na época em que este inseticida '*matava tudo*'. Vale ressaltar que quando o entrevistado chama atenção para a importância do inseticida, ele deposita nele agente, e na prefeitura tão somente, a responsabilidade do combate a dengue. A população não tem participação neste contexto. Percebeu-se uma modelagem verticalizadora, do agente para a população. Ele, somente ele, detém as informações e o conhecimento sobre dengue, e deve passar estas mensagens ao morador, dizendo o que o morador deve fazer. Nos parece que existe um desejo de

⁹ Entre as atribuições do agente, e atualmente considerada a mais importante, está a de "passar a mensagem educativa" para o morador.

¹⁰ O Icon era o inseticida utilizado anos atrás, e hoje não mais, por causa da alta toxicidade para as pessoas e animais .

manter esta modelagem verticalizadora como uma forma de reforço na importância do trabalho do agente, e conseqüentemente na manutenção do seu emprego. Muitos tem sido os questionamentos quanto ao que farão se não houver mais dengue, se estarão empregados se isto acontecer.

Para o grupo de entrevistados, a municipalização, em Niterói, não trouxe mudanças na estrutura do trabalho. O setor foi absorvido pela Prefeitura com a mesma estrutura que funcionava enquanto gerido pelo governo federal. O chefe do SECOV é efetivo do governo federal, os coordenadores de campo também são efetivos da FNS e a maioria dos supervisores é da FNS/CLT. Por outro lado isto gera uma insatisfação por parte dos efetivos da FMS, embora minoria no trabalho da dengue. Eles acham que com o serviço municipalizado, a chefia deveria ser da prefeitura. A questão salarial, ou melhor, a diferença salarial entre as duas esferas, também foi questionada durante a entrevista pelo servidor da prefeitura. Estes servidores, embora realizem o mesmo trabalho, tem salários menores, o que gera insatisfação no grupo.

No que diz respeito a disponibilidade dos insumos materiais pós municipalização, é consenso que houve uma queda nos recursos. Segundo os agentes, a falta de insumos e a baixa qualidade dos mesmos (equipamento de proteção individual -EPI, uniforme, material de escritório) tem prejudicado o bom desenvolvimento do trabalho. A falta de instruções quanto ao inseticida utilizado atualmente também foi um ponto questionado por alguns entrevistados.

De modo geral a relação com a chefia é considerada boa. Entretanto para o servidor efetivo da prefeitura existe diferença entre os modos de fala do chefe para com os servidores da FMS e para os servidores da FNS.

“Quando o supervisor que é federal e vai falar com um funcionário que é federal ele vai falar de um jeito, quando vem falar com o da prefeitura ele fala de outro. Federal é amigo há mais de 20 anos. Você que é da prefeitura, novo.” (1).

“A visão da chefia hoje é muito diferente, se fosse uns anos antes a gente teria que fabricar focos pra dar uma satisfação. Hoje o fato de não ter foco é porque o trabalho está bom.” (6)

Os agentes com vínculo federal, por estarem há muitos anos neste trabalho e por terem sido os primeiros a trabalhar com controle do vetor, reconhecem-se como os melhores nas suas atribuições, como a voz autorizada pelo tempo de trabalho.

Para o servidor da FMS os treinamentos são importantes para melhorar a prática, entretanto a motivação principal está no Plano de Cargos e Salários. Para o servidor da FNS as reciclagens deveriam ser em intervalos menores. Mas todos são unânimes quanto aos poucos treinamentos que participaram.

“É muito fraco, é pouco. O que a gente sabe é o que a gente lê, procura aprender. Acho que a gente tem o básico, poderiam cobrar um pouco mais da gente.” (6)

“O que falta mesmo é máscara pra trabalhar com este veneno. Luva nós temos, mas máscara não temos. A dificuldade de material é pior. Não temos mais capa pra caixa d’água. Será que existe capa pra galão?” (5)

“Os treinamentos são muito importantes, mas precisamos de mais recursos materiais. O PCCS ajudou na busca de cursos para melhorar. O servidor fez curso na FAETEC, quando que você imagina, agente ambientalista e sanitaria.” (1)

5.2 A Vivência do Agente e Sua Relação Com a Comunidade

A rotina do agente entre a chegada ao PA e saída para a visita domiciliar é bem parecida para todos. Os servidores chegam cedo ao PA, organizam e abastecem a bolsa de trabalho com os insumos necessários para o desenvolvimento das atividades (larvicida, tubitos, álcool, pipeta, prancheta, formulário) e dirigem-se para os locais onde realizaram a visita domiciliar. O que difere um do outro é como cada um realiza esta visita.

“Chego no PA, bato um papo com os amigos, assino o ponto, verifico a bolsa, vejo se o material está em dia, se o armamento está preparado para a guerra.” (7)

Ainda hoje, o discurso higienista/campanhista de Oswaldo Cruz está presente na fala e na memória de alguns agentes. A primeira turma de combate a dengue era composta de soldados recém saídos do exército e tinha suas bases no campanhismo de Oswaldo Cruz. Havia o modelo militarista, inclusive na fala destes agentes, ainda hoje eles falam em combate a dengue, armas para combater a dengue. Nas entrevistas eles lembraram das vitorias a que eram submetidos nos quesitos uniforme (limpo, completo com cinto, botas engraxadas), aparência (barba feita, cabelo cortado), bolsa completa com material de trabalho. Eles trabalhavam em turmas¹¹, e cada turma tinha um guarda chefe.

“Eu já estou há uns 8 anos aqui dentro. Já conheço todos, tem gente que me chama pra tomar café da manhã e tudo. É simples, se tiver alguma coisa pra fazer eu faço, se não tiver eu passo a mensagem educativa, o meu serviço é simples” (4).

Hoje, os agentes têm diretrizes, rotinas, condições de trabalho específicas que precisam ser seguidas. Existe um número de visitas domiciliares diárias a serem realizadas, em média 20 casas abertas, consideradas assim desde que o agente tenha sido recebido pelo morador. Algumas localidades são de difícil acesso físico, tais como morros, vielas estreitas, ruas sem calçamento. Existem comunidades onde a violência do tráfico de drogas tem sido um obstáculo constante, impedindo muitas vezes a realização da visita domiciliar. As adversidades do clima também interferem nesta relação: calor intenso, umidade em excesso, afetam a integridade física do agente para o desempenho de suas funções.

“Nesse verão é cansativo, sobe desce escada, é bravo. Aqui é área de risco, a tensão é grande. Já fui abordado 3 vezes pela polícia.” (5)

¹¹ A nomenclatura do cargo era guarda de endemias

“Acho impossível voce ter qualquer tipo de problema depois de ta 2, 3, 4 ciclos no lugar. Voce bate palmas e chama a pessoa pelo nome: “ oh Seu João!” Voce sabe a hora que ele chega, sabe o dia que encontra aquele morador em casa. A maior dificuldade é sol, calor, chuva.” (6)

“Todos os dias eu bato na mesma tecla, que é a mensagem educativa. Todo o dia é a mesma coisa, mas acho que o morador, não sei se é porque naquela família ainda não aconteceu um caso de dengue” (8).

Observamos que os agentes esperam que a informação, ‘mensagem’, enviada por ele, ‘emissor’, realize a mudança de comportamento deste morador, ‘receptor’, afinal ele bate na mesma tecla todos os dias. Para ele a mensagem educativa passada por ele por si só resolveria o problema da dengue; se o morador não realiza o que foi pedido na mensagem é porque ele, morador, não quer, não se preocupa, não coopera. Espera-se com as práticas realizadas, que os moradores a que se destinam reajam ao emissor, agente, com mudanças de hábitos e comportamentos. Esta expectativa, na verdade, não é apenas do agente, mas a chefia, a Secretaria de Saúde, também compartilham desta mesma expectativa. Vários estudos realizados no Brasil e América latina mostraram os limites do aumento do conhecimento sobre dengue e suas formas de prevenção para reduzir os criadouros (LEFEVRÈ et AL.,2004; apud RANGEL, 2008). O modelo de comunicação utilizado pelo agente, a teoria dois fluxos, revela a unidirecionalidade deste discurso, a mensagem parte destes agentes para os moradores. Percebe-se que o modelo dos dois fluxos é utilizado pela maioria dos servidores e é reforçado pela chefia. Eles colocam em seus discursos para a população as recomendações da instituição para o controle da dengue. Eles fazem este processo como se a língua fosse apenas um conjunto de códigos transferíveis. Mas desta forma a comunicação está ocorrendo entre os pólos da relação, deixando de fora, na maioria das vezes, as outras vozes que a permeiam.

“Bato de casa em casa, converso com morador, pra poder orientar toda a saúde, questão de limpeza, da dengue. Qualquer coisa que eu verifique que não tá de acordo com educação e saúde, procuro passar pra morador, pra ele corrigir o modo dele viver, pra ele não tá se contaminando... Igual peguei uma casa em Santa Bárbara, tava cheia de foco de mosquito e era de 2 médicos. Ele quis me dar ‘esporro’, eu falei que estava no meu papel de saúde pública e que ele estava errado, o nosso trabalho não é punitivo, é educativo.” (5)

No entanto, sabemos que nenhum discurso parte do zero. O outro tem informações e saberes próprios que deveriam ser levados em conta numa comunicação. Nas entrevistas analisadas podemos perceber que a maioria dos agentes não realiza a comunicação como interlocutores e desconhecem a polifonia existente nesta relação.

Apesar das dificuldades encontradas, e das reclamações quanto a passar a mensagem educativa e não ter as solicitações atendidas pelo morador, algumas situações diferenciadas foram percebidas.

“Um dia o morador tá bem, no outro ciclo não tá. Às vezes ele não quer atender, ou diz - volta outra hora. Em relação a área que eu trabalho é muitas casas pendentes (Fonseca urbano), a pendência é muito alta. O trabalho não fica 100% porque a pendência é muito alta.” (9)

Este agente percebe o morador como alguém que tem seus próprios contextos, às vezes o morador está bem outras não está, ele respeita a situação e lida bem com ela, entende que o outro tem seus próprios momentos.

“Mas tem um quarteirão lá em cima no morro que eu consegui eliminar 90% dos focos, conversando com o morador”. (3)

Quando 3. fala que eliminou os focos conversando com o morador, pode-se pensar numa interlocução com o morador, numa aceitação do contexto do outro. Este agente também falou de uma senhorinha que tinha diversos vasos de planta nos pratinhos de planta¹² no quintal, mas que conversando com ela descobriu que as plantas eram a companhia dela, ela regava todo dia, cuidava delas como um passatempo. Ele ouviu esta senhora e entendeu seu contexto; tentou uma solução

¹² Um dos métodos de prevenção a dengue é evitar água parada nos pratos de vasos de planta

em conjunto e reduziu estes focos. Quando o agente entende que o outro tem sua individualidade, que tem seus saberes próprios, seus valores, a comunicação pretendida acontece¹³. Ele pode e deve ocupar seu lugar de representante da saúde, mas o morador também tem que ter o seu lugar.

“As vezes as pessoas são acomodadas ou as vezes é uma pessoas de idade, quer manter aquilo, o passatempo dela é cuidar da planta...” (3)

“Aquele planta aquática, aquele copo com olho de boi, voce não pode falar com o morador que ele não pode ter aquela planta aquática. Voce tem que pedir pra ele lavar aquele recipiente, é o mínimo.” (8)

“As pessoas não tem tempo pra nada. Voce já criou filhos e cria netos, largando na mão das pessoas... “A falta d’água, agora o verão 15 dias sem água, to pegando água com o vizinho, eu comprei esse galão aqui, e ai eu tenho que encher, como que eu vou fazer, não posso ficar sem água”, então toda essa problemática. Voce não consegue mudar por causa dessa falta de água.” (1)

Estes três agentes, nestes momentos descritos, percebem o outro com saberes, contextos próprios. Quando o agente diz que não pode pedir para o morador tirar o olho de boi, ele está aceitando a religiosidade daquele morador e está buscando alternativas para o problema do foco de mosquito. Quando 1 mantém uma comunicação baseada na troca, ele entende que o morador está acumulando água porque a mesma está faltando há quinze dias, o morador está fazendo isto por necessidade.

Os entrevistados acham que as maiorias dos moradores os recebem bem, considerando casos isolados quando não. Alguns consideram que algumas pessoas não mudam seus hábitos porque não querem.

“A maioria recebe bem, eu nunca tive muitas recusas não. Já trabalho aqui há 4 anos. Demora um pouquinho a surtir efeito, tem casas que eu entro que continua a mesma coisa. Eu acho que é um vício que ela adquiriu e é difícil mudar, por mais que voce diga: “isso aqui não pode..., faça assim... quando a senhora for trabalhar pega a sacolinha de lixo...” Mas tem algumas casas que é difícil. Acho que ela não faz por descaso. Tem gente que fala que dengue foi o governo que inventou pra ganhar dinheiro. Que que vai se falar pra uma pessoa dessa?” (5)

¹³ Comunicação dialógica

“Bom dia senhor, tamos com uma epidemia de dengue, causando muito óbito, entendeu, a gente tá aí em busca da saúde”, sou uma pessoa setorizada, em busca da saúde, no combate a doença, a pessoa já vai parando e abre a porta. É o agente de saúde que tem que se situar, vai lidar com o público.” (7)

“É claro que as vezes tem aquele dia, é ser humano, que o morador não tá afim de conversar. Voce sabe que ele está em casa, fingi que tá ouvindo música, mas não quer abrir a porta. Mas sou muito bem recebido, não posso reclamar. Sou muito mais bem recebido na comunidade, no começo trabalhei na Glória e ali era difícil, as pessoas nos apartamentos não queriam receber, diziam pra ir trabalhar no morros, que ali não tinha problema.” (8)

Os modos de relação das pessoas com o meio é um importante fator na comunicação. O jeito de ser dos indivíduos envolve características suas ligadas a sua classe social, ao grupo familiar, ao local de onde ele vem ou vive, tem implicações com elementos étnicos, com a idade, geração. É claro que há um modo seu, individual, entretanto está influenciado por dimensões culturais, que são coletivas. Estes fatores necessários a mediação deveriam referenciar a visita domiciliar. Quando a setorização foi inicialmente pensada com o agente trabalhando na comunidade onde morasse, era pra que a comunicação fluísse naturalmente. No entanto, observamos que não é necessário ser morador do local de trabalho para que isto aconteça. Aqueles agentes, mesmo sem morar na comunidade em que trabalham, mas que conseguem ouvir as diversas vozes existentes na comunicação, alcançam os resultados esperados.

Todos os entrevistados disseram gostar do que fazem, afirmaram gostar de trabalhar com saúde. Embora, tenhamos percebido que nem todos os agentes saibam o que é saúde, o conceito de saúde, o que é prevenção e promoção da saúde. Uma observação nossa é de alguns, nos momentos da falta de renovação contratual, tiveram outros empregos, mas com salários menores do que o atual, o que poderia justificar este gostar do que fazem. Outra questão é a tão buscada

mudança de hábitos dos moradores quanto às medidas preventivas da dengue, que não acontecem e frustram os servidores, já que eles depositam nele agente e no larvicida esta responsabilidade.

“Sempre gostei do trabalho, apesar de que trabalhar com comunidade ter um pouco de dificuldade. Não é que seja impossível, é difícil porque cada morador tem uma cabeça.” (9)

“Gosto, é um serviço muito bom, a gente aprende muito a lidar com as pessoas, a conhecer a gente mesmo, lidar com seus limites, aprende a ser tolerante. Vai chega na porta do morador, vai convencer ele da visita, da importância do seu trabalho, ter aquele jogo de cintura, sempre sorrindo.” (2)

“Gosto do que faço, tenho prazer, adoro atender as pessoas se me pedem uma coisa, gosto de ajudar, me faz bem, sou católico.” (6)

“Gosto, é um trabalho que não paga mal, é um trabalho gratificante. Lidamos com vidas, saúde é vida. Tudo que pudermos fazer pelo nosso próximo, questão de vida é muito bem vindo.” (8)

Percebe-se que para este agente 9, o fato de cada morador ter uma cabeça torna o trabalho mais é difícil. É certo que cada morador tem uma *cabeça*, tem seu cabedal de informações, seus contextos, que podem ser diferentes dos contextos dos agentes. A comunicação é o processo baseado na interlocução e na negociação dos sentidos, sentidos de cada um, morador e agente, dão as coisas.

O agente muitas vezes assume não apenas o lugar de interlocução de representante da saúde, mas tem também um discurso solidário, atravessado pela religiosidade. Isso quer dizer que na prática o agente, além da formação técnica e do discurso de saúde, também é atravessado, constituído pelo discurso solidário e religioso. São várias as vozes que permeiam o discurso, a religiosa, da saúde, da insegurança do emprego, todas constituem esta polifonia.

5.3 A Setorização X Local de Moradia do Agente

Para todos os entrevistados o mais importante é a setorização, ou seja, exercer suas atividades num local determinado, atuando e sendo responsável pelas visitas de um quantitativo específico de moradias¹⁴, realizando esta visita casa a casa, periodicamente, a cada 2 meses. Estar setorizado implica em ser conhecido e reconhecido por aquela comunidade. Implica em facilidade de acesso, em baixo índice de recusa. Quanto a morar na localidade de trabalho, alguns acreditam que morar na localidade do trabalho não é bom porque as pessoas poderiam misturar o agente funcionário com agente morador, e por conta disto invadir a privacidade deles; isto favoreceria a eles serem interpelados nos finais de semana ou fora do horário de trabalho. Outros gostariam de morar próximo por conta dos custos com passagens, transito; os que moram no município do Rio tem um custo alto com transporte. Mas todos foram unanimes quanto a importância da setorização. Embora, o princípio primário da setorização fosse de que o agente trabalhasse no local de moradia ou nas imediações visando facilitar a mediação, e a comunicação, a setorização tem cumprido em parte este papel, com o agente tornando-se membro de uma comunidade por causa do trabalho.

Ambos, agente setorizado e morador da comunidade e agente setorizado e não morador da comunidade, são na prática de trabalho profissionais da saúde. No desempenho de suas funções, na relação com o morador, eles não são os vizinhos, amigos, ou desafetos do morador, e sim agentes de controle da dengue. Eles detém as informações e o conhecimento sobre dengue, de forma vertical, eles passam estas informações.

¹⁴ Entre 800 e 1200 residências

“As pessoas confundem o 6 que tem sua vida social, seu horário trabalho, com o 6 funcionário. Morando na localidade o que pode acontecer é o cara ir num sábado pra minha porta, domingo, “Estou com problema na minha casa” (6)

“Não interfere. Eu bato palmas pra setorização. Porque ali ele vai conhecer e determinar todas as dificuldades daquela localidade. Ele vai determinar qual é a casa que ele com certeza vai ter que entrar porque em 2 ciclos encontra foco, então ele tem que dar prioridade aquela casa pra que não tenha mais foco, porque nas outras casas em que ele vê tudo limpo, ele pode ficar tranquilo. Ele pode até entrar e perder 2 min numa casa desta, em outras casas há dificuldade, ele vais saber que ali ele vai ter que trabalhar um pouco.” (1)

6 CONCLUSÕES

Como sabemos a comunicação permeia todas as relações humanas, falar, emitir opinião, julgamentos, fazem parte do cotidiano das pessoas e também do trabalho dos agentes desta pesquisa.

Apesar dos estudos apontarem para a importância da mediação na comunicação, reforçando que o agente morador da localidade e, portanto, pertencente ao grupo social em que trabalha teria mais facilidade na dinâmica de interlocução; observou-se que para os entrevistados é o papel de representante da saúde se sobrepõe, e que a interlocução acontece independente do pertencimento a comunidade. Morador ou não morador do bairro, as percepções são as mesmas. No entanto, a setorização foi destacada como primordial na execução das tarefas diárias, mas não é suficiente para que todos os agentes realizem uma comunicação dialógica.

É certo que a nova ferramenta do MS utilizada no planejamento das ações de prevenção e controle da dengue permitiu um novo olhar sobre esta doença. Ampliou o foco, que antes era apenas no mosquito e seus possíveis criadores, e incluiu os dados epidemiológicos e ambientais: vírus circulante, população suscetível, imunidade de grupo sorotipo específica, densidade populacional e a infraestrutura de saneamento. Neste sentido, ampliou o universo da dengue, apesar de ainda culpabilizar principalmente o indivíduo e a sociedade na prevenção e controle da dengue, e ressaltar com um valor maior a importância do trabalho de campo nesta prevenção.

O Fonseca, hoje, é um bairro de alta densidade populacional, tem parte da sua população vivendo em áreas favelizadas, vive carências de abastecimento de água regular, e tem uma população suscetível ao vírus da dengue. O que por si só

justificaria o aumento de casos de dengue e o alto índice de infestação para o *Aedes aegypti*. Porém, em Niterói, e no Fonseca, o controle da dengue é realizado pelos agentes em visitas domiciliares, e a maioria dos munícipes do bairro recebe esta visita. Os agentes, mesmo não podendo controlar os fatores epidemiológicos, podem buscar melhorias nos fatores entomológicos e ambientais. Realizando uma boa visita domiciliar ele fortalece a promoção da saúde. A Política Nacional de Promoção da Saúde reforça a importância do empoderamento da população, de capacitar o indivíduo para que ele disponha de meios para tomar suas próprias decisões através da educação e da informação para que ele modifique favoravelmente o ambiente. Com base na PNPS os agentes devem olhar os indivíduos como capazes, como seres autônomos no processo de saúde. Para que isto se efetue é necessário que a comunicação aconteça como um processo, através da interlocução agente-morador. Percebeu-se que vários fatores, vozes, estão presentes na comunicação. Observou-se que as questões trabalhistas e institucionais têm peso considerável, primeiro porque existem 3 tipos de vínculo empregatício desempenhando a mesma função. Os servidores da FMS com salários bem menores que da FNS, e sem cargo de chefia. Os funcionários da FNS/CLT, vivenciando a instabilidade da renovação dos contratos. Estas vozes com certeza permeiam estes discursos com os moradores.

Já na relação com os moradores, o agente setorizado, e morador do bairro, quando realiza sua visita é o representante da saúde, da dengue. Ele tem o discurso da mensagem educativa, onde é ele, agente, quem sabe o que certo e precisa ser feito, e o morador, não conhece nada e está ali para aprender e seguir suas orientações. Para que o modelo, dos dois fluxos, fosse funcional o mediador não poderia ser apenas uma 'tradutor' que reproduz o que lhe repassam em outra linguagem. O mediador é um elo a mais na rede de comunicação que permeia e

move as ações de saúde. Assim como os demais, ele pensa, sente, sabe, elabora estratégias, imprime seus próprios sentidos no conteúdo que recebe para repassar estas informações. Além das dificuldades nos processos de comunicação, existem dificuldades técnicas como a falta de conhecimento na questão do inseticida.

Entretanto, o fato da população deter conhecimento sobre as medidas preventivas da dengue não significa que ela vá seguir estas recomendações. A comunicação dialógica, em um processo baseado na interlocução e na negociação de sentidos, poderia ocorrer baseada na teoria dos dois fluxos. Quando esta comunicação acontece, mesmo que intuitivamente, o agente consegue algumas mudanças.

Seria interessante aprofundar mais estes estudos, envolvendo um número maior de agentes, para maiores conclusões. Talvez capacitações mais adequadas para estes servidores, afim de que eles entendam melhor a complexidade que envolve a mensagem, desde seu significado até sua importância, possam fazer com que eles entendam e realizem a comunicação dialógica e aproveitem melhor a visita domiciliar.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. e LANGRANGE, V. **A visita domiciliar como uma estratégia da assistência no domicílio.** Educação Profissional e Docencia em Saúde: A formação e o trabalho do agente comunitário de saúde Modelos de Atenção e a Saúde da Família, Rio de Janeiro, p. 151 – 171.

ARAÚJO I, CARDOSO J *et al.* **Promoção da saúde e prevenção do HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro: uma metodologia de avaliação para políticas públicas e estratégias de comunicação.** Rio de Janeiro: Cict/Fiocruz; 2003. relatório de pesquisa)

ARAÚJO, I. C. **Contextos, Mediações, e Produção de Sentidos: uma abordagem conceitual e metodológica em comunicação e saúde.** RECCIS R Eletr. de C. Inf. Inov. Saúde. Rio de Janeiro, v.3, n.3, p. 42- 50, set.,2009.

ARAÚJO, I. C. **Polifonia, Concorrência Discursiva e Produção dos Sentidos. O método do mapa do mercado simbólico** UNIrevista – vol. 1, nº 3: jul. 2006.

ARAÚJO, I. C. **Razão Polifônica a negociação de sentidos na intervenção social.** Perspect. Ciênc. Inf - portaldeperiodicos.eci.ufmg.br VOL. 8 , 2003.

ARAÚJO, I.C - **Mediações e poder.** Texto apresentado ao GT Estudos da Recepção, ALAIC 2000, Santiago do Chile, abr. 2000.

ARAÚJO, I.S. , CARDOSO, J.M e MURTINHO, R. **A Comunicação no Sistema Único de Saúde: cenários e tendências.** Resultados preliminares de pesquisa. Rio de Janeiro: ICICT/Fiocruz.

ARAÚJO, I.S. e CARDOSO, J.M. **Comunicação e Saúde.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

ARAÚJO, I.S., CARDOSO, J.M. e LERNER, K. **Promoção da Saúde e Prevenção do HIV/Aids no Município do Rio de Janeiro: uma metodologia de avaliação para políticas e estratégias de comunicação.** Relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Cict/Fiocruz, 2003.

BARBERO, J. M. **Cidade Virtual: Novos Cenários da Comunicação** Comunicação & Educação, VOL. 4, NO 11,1998.

BARBERO, J. M. e BARCELOS, C. **Comunicação e Mediações Culturais.** Revista Brasileira de Ciências da Comunicação Volume XXIII, nº 1, janeiro/junho de 2000.

BARROS, L.M. **Os meios ou as mediações? Um exercício dialético na delimitação do objeto...** Revista Líbero, São Paulo, v. 12, n. 23, p. 85-94, jun. de 2009.

BASTOS, M. T. A. **Do sentido da mediação: às margens do pensamento de Jesús Martín-Barbero.** Revista FAMECOS, Porto Alegre, n. 35, p. 86-89, abril, 2008.

BORNSTEIN, V. J. e STOTZ, E. N. **O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde: Entre a Mediação Convencedora e a Transformadora** Trab. Educ. Saúde, v. 6 n. 3, p. 457-480, nov.2008/fev.2009.

BORNSTEIN, V.J.; DAVID, H.M.S.L.; ARAÚJO, J.W.G. **Agentes comunitários de saúde: a reconstrução do conceito de risco no nível local.** Interface Comunicação Saúde Educação v.14, n.32, p.93-101, jan./mar. 2010.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde e qualidade de vida.** Ciência & Saúde Coletiva, 5(1):163-177, 2000.

BUSS, P.M. **Promoção da saúde da Saúde da Família.** www.scielo.org/pdf/csc/v14n6/39.pdf acesso em 18 de maio 2011, 11h.

CAMPOS, G.W. *et al.* **Avaliação de política nacional de promoção da saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):745-749, 2004.

CARDOSO A. S. e NASCIMENTO M. C. **Comunicação no Programa Saúde da Família: o agente de saúde como elo integrador entre a equipe e a comunidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1509-1520, 2010.

CARTA DE OTTAWA WHO 1986. **Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá.** Carta de Ottawa, pp. 11-18. In Ministério da Saúde/FIOCRUZ. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.

CARVALHO, S. R. **As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(3):669-678, 2004.

CASTIEL, L. D. **Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea.** Interthesis – V. 4,n.2, 2007.

CLARO LBL *et al.* **Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(6):1447-1457, nov-dez, 2004.

CZERESNIA, D. **Ações de promoção à saúde e prevenção de doenças: o papel da ANS.** Texto elaborado para o Fórum de Saúde Suplementar. Julho de 2003.

DANTAS, J. G. **Pelos caminhos das mediações: a contribuição de jesús martín-barbero para os estudos de recepção midiática** Revista Científica do Departamento de Comunicação Social da Universidade Federal do Maranhão, São Luís - MA, Nº 5 – Vol. II, Ano XIX, Jan/Dez, 2009 .

ENSP. **Brasil deve aprender com epidemia de dengue no Rio**, publicada em 04/04/2008. <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/materia/?matid=9624>> Acesso em 04 dez. 2011, 14:37.

FERREIRA, M. S.,CASTIEL, L.D., CARDOSO, M. H. C. A. **Promoção da saúde: entre o conservadorismo e a mudança.** <www.cbce.org.br/cd/resumos/023.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2011, 10:00. FMS/VIPACAF/COVIG - **Informe Dengue 2011** Dados atualizados até 28/02/2011.

LENZI, M. F. e COURA L. C. **Prevenção da dengue: a informação em foco** Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, Rio de Janeiro, 37(4): 343-350, jul-ago, 2004.

MARTINO, L. C. **Dois Estágios da Comunicação Versus Efeitos Limitados uma Releitura**, Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação. Trabalho Apresentado no Grupo de Trabalho “Gt Epistemologia da Comunicação”, do XVIII Encontro da Compós, na Puc-Mg, Belo Horizonte, Mg, em Junho de 2009.

MARTINS, C. M.(Org.) **Educação e saúde.** / Organizado por Carla Macedo Martins e Anakeila de Barros Stauffer. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz, 2007.

MATELLART, A e MATELLART, M. **História das Teorias da Comunicação** Edições Loyola, São Paulo, Brasil. 1999.

MS/FUNASA. **Nossa Cartilha Pessoal** http://www.funasa.gov.br/internet/arquivos/biblioteca/adm_cartilha.pdf. Acesso em 18 jan. 2011 12:00.

NUNES, M. O. e et al. **O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico** Cad. Saúde Pública vol. 18 no.6 Rio de Janeiro Nov./Dec. 2002.

PAULA, E. B. M. et al. **Manual para elaboração e normalização de trabalhos de conclusão de curso.** 3. ed. rev., atual. e ampl. -- Rio de Janeiro : SiBI, 2004.

PENNA, M. L. F. **Um desafio para a saúde pública brasileira: o controle do dengue.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19(1):305-309, jan-fev, 2003.

PEREIRA, I. B. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde** / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. - 2.ed. rev. ampl. - Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

Política Nacional De Promoção Da Saúde

<portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume7.pdf> Acesso em 04 dez. 2011, 14:02.

RANGEL, M. L. **Dengue: educação, comunicação e mobilização na perspectiva do controle – propostas inovadoras** Interface, Comunicação Saúde Educação, v. 12, n.25, p. 433-41, abr./jun., 2008.

Relatório da 8ª Conferencia Nacional de Saúde 1986

<portal.saude.gov.br/.../8_CNS_20poder%20municipal%20no%20rumo%20do%20SUS.pdf>. Acesso em 04 dez. 2011, 14:02.

SÍCOLI, J. L., NASCIMENTO, P. R. **Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização**. Interface - Comunic, Saúde, Educ, v7, n12, p.101-22, fev 2003.

TAUIL, P. L. **Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(3):867-871, mai-jun, 2002.

TEIXEIRA, C. F. **Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(Suplemento):153-162, 2002.

WOLF, M. **Teorias da Comunicação** 8ª edição, Editorial Presença, Lisboa.

ANEXOS

1. Os agentes em Números

Instituição de Origem

Fundação Nacional de Saúde	157
Fundação Municipal de Saúde	53

Sexo

Masculino	190
Feminino	20
Total	210

Faixa etária

Ano de nascimento	Número de agentes
1940 a 1950	10
1951 a 1961	80
1962 a 1972	117
1973 a 1983	3
Total	210

Grau de Instrução

Ensino fundamental	15
Ensino médio	170
Ensino superior	25
Total	210

Local de moradia

Niterói	148
São Gonçalo	19
Rio de Janeiro	34
Maricá	9
Total	210

Setorizados

Sim	33
Não	177
Total	210

2. Roteiro da Entrevista Semi-estruturada

1. Caracterização sócio-cultural

- Nível de escolaridade
- Renda
- Quantos filhos; mora/sustenta com outras pessoas além de mulher e filhos?
- Único que trabalha na família?
- Onde mora

2. Vivência institucional do Agente

- Sua trajetória na saúde e no trabalho, com a dengue em particular
- Se gosta ou não da atividade que realiza. Por quê?
- Se oriundo da FMS, como o entrevistado vê a FMS, como vê a FNS coordenando o controle de vetores no município, como vê sua inserção neste processo.
- Se oriundo da FNS, como o entrevistado vê a FNS, a municipalização da FNS, e sua inserção nesse processo.
- Como é a relação com o supervisor, o coordenador e com o chefe do SECOV
- Como vê a relação treinamentos X prática de campo

3. Vivência do agente em sua relação com a comunidade

- Questão chave: pedir que o entrevistado descreva um dia de trabalho.
- O que acha do que faz
- Dificuldades encontradas
- Como acha que a população percebe seu trabalho
- Tipo de atividades realizadas: visita domiciliar (“fiscalização” e/ou “orientação”); atividades coletivas (tipo mutirão, feiras, Dia D etc.)

- O fato de ser morador do bairro interfere no trabalho? Como?
- O fato de não ser morador do bairro interfere no trabalho? De que maneira?