

Universidade de Ribeirão Preto  
Programa de Mestrado Saúde e Educação

*Stricto sensu*

ALINE NEGRI BARBOSA GELFUSO

A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS DA TERCEIRA IDADE EM RELAÇÃO A UMA  
TIPOLOGIA DE MÍDIA IMPRESSA COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO SOBRE A  
*INFLUENZA A H1N1*

RIBEIRÃO PRETO

2018

ALINE NEGRI BARBOSA GELFUSO

A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS DA TERCEIRA IDADE EM RELAÇÃO A UMA  
TIPOLOGIA DE MÍDIA IMPRESSA COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO SOBRE A  
*INFLUENZA A H1N1*

Dissertação apresentada à Universidade de Ribeirão Preto como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Saúde e Educação.

Área de concentração: Ensino de Ciências da Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparecida de Souza Lehfeld

Ribeirão Preto  
2018

Ficha catalográfica preparada pelo Centro de Processamento Técnico  
da Biblioteca Central da UNAERP

- Universidade de Ribeirão Preto -

Gelfuso, Aline Negri Barbosa, 1985-

G946p A percepção de indivíduos da terceira idade em relação a uma  
tipologia de mídia impressa como forma de comunicação sobre a  
Influenza A H1N1 / Aline Negri Barbosa Gelfuso. - - Ribeirão Preto,  
2019.

103 f.: il. color.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Neide Aparecida de Souza Lehfeld.

**Dissertação (mestrado) – Universidade de Ribeirão Preto,  
UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2019.**

1. Influenza A H1N1. 2. Terceira Idade. 3. Comunicação em  
Saúde. Educação.

## FOLHA DE APROVAÇÃO

Aline Negri Barbosa Gelfuso

A Percepção de Indivíduos da Terceira Idade em Relação a uma Tipologia de Mídia Impressa como Forma de Comunicação Sobre a *Influenza A H1N1*

Dissertação apresentada à Universidade de  
Ribeirão Preto – UNAERP para obtenção do  
título de Mestre em Saúde e Educação

Orientadora: Profa. Dra. Neide Aparecida  
de Souza Lehfeld

Data de Defesa:  
Resultado: Aprovada

Banca Examinadora

Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld  
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Profa. Dra. Daniela Pereira Tincani  
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá  
Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família pelo incentivo e apoio durante todo o percurso de elaboração deste estudo:

À minha mãe, Elizabeth, que sempre foi minha maior inspiração e que compartilhou, vibrou e sofreu comigo a cada passo dado durante essa jornada.

Ao meu pai, Roberto, meu maior admirador, que a todo momento acreditou que eu seria capaz de realizar qualquer um dos meus sonhos.

Ao meu irmão, Roberto, que continuamente esteve ao meu lado em qualquer caminho que eu resolvesse trilhar, e foi minha grande influência a dar início ao mestrado.

Ao Flávio, meu marido, que, em todo o tempo, foi maravilhoso, demonstrando todo seu companheirismo e paciência durante o período de realização desta obra.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Profa. Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld, por ter me aceitado como orientanda e por toda colaboração na realização deste trabalho.

À Profa. Dra. Silvia Sidnéia Silva, pelo acolhimento e receptividade durante a realização do mestrado.

À Profa. Dra. Daniela Pereira Tincani e ao Prof. Dr. Edilson Carlos Caritá, componentes da banca avaliadora, pelas valiosas contribuições na efetivação desta obra.

Aos professores do programa de mestrado, que colaboraram para o enriquecimento do meu conhecimento acadêmico, científico e pessoal.

À Profa. Laura Umbelina Perna Vecchi que, gentilmente, permitiu e facilitou o acesso aos membros do Projeto Renascer.

Aos sujeitos da pesquisa, que, a todo momento, se mostraram solícitos e cooperativos, e foram fundamentais para a realização desta dissertação.

## RESUMO

O estudo a ser apresentado configura-se como uma investigação exploratória, descritiva, valendo-se de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Foi realizado um estudo de caso com abordagem qualitativa, por meio do formato de grupo focal, que teve por objetivo geral analisar como os indivíduos da terceira idade, com 60 anos ou mais, percebem a informação proveniente de uma tipologia de mídia impressa, configurada no formato de cartilha, e se a mesma desperta seu interesse por conhecimento sobre a *Influenza A H1N1*. Procurou-se construir conhecimento técnico-científico acerca da prevenção, sintomas e tratamentos dessa doença, uma vez que, a estimativa é de que a *Influenza* arremete de 5 a 15% da população, acarretando cerca de 5 milhões de casos graves e 500.000 mortes todos os anos. Os idosos configuram um dos grupos de indivíduos que apresentam risco elevado de manifestar complicações da enfermidade, podendo evoluir, inclusive, a óbito. A pesquisa foi realizada por meio de três reuniões com uma amostra de 12 participantes, de 60 anos ou mais, do Projeto Renascer, da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, que apresentavam por escolaridade pelo menos o primeiro grau completo. Em um primeiro momento, foram discutidos os seus conhecimentos prévios a respeito da doença sem qualquer tipo de influência externa. Então, cartilhas com informações sobre a *Influenza A H1N1* foram entregues aos sujeitos e, em uma segunda reunião, foram repetidos os questionamentos sobre a doença e de que forma a comunicação apresentada influenciou o seu saber. Em um último encontro, foram recolhidas informações sobre a opinião dos participantes quanto ao material apresentado e o que eles julgaram positivo ou negativo na experiência realizada. As reuniões tiveram o áudio das conversas gravado. Em um momento seguinte, as gravações foram transcritas e analisadas para que fosse diagnosticada a influência do material sobre os pesquisados. Para tal, foi realizada uma análise de conteúdo, utilizando, com análise de listas livres, com a finalidade de discernir índices de itens que dizem respeito ao âmbito cultural dos sujeitos e para ter acesso às associações relacionadas aos elementos questionados. Averiguou-se que, utilizando um meio de difusão específico, com linguagem própria e direcionada, associado a uma introdução explanatória, os indivíduos idosos assimilam, com maior facilidade, conhecimento sobre uma endemia.

Descritores: *Influenza A H1N1*. Terceira Idade. Comunicação em Saúde. Educação.

## ABSTRACT

The study to be presented is an exploratory, descriptive investigation, using bibliographical, documentary and field research. A case study with a qualitative approach was carried out through the focus group format, whose general objective was to analyze how the elderly individuals, aged 60 years or more, perceive the information coming from a typology of printed media, configured in the format of a primer, and whether it arouses your interest in knowledge about *Influenza A H1N1*. It was tried to build technical-scientific knowledge about the prevention, symptoms and treatments of this disease, since the estimate is that the Influenza attacks from 5 to 15% of the population, causing about 5 million serious cases and 500,000 deaths all the years. The elderly are one of the groups of individuals that present a high risk of developing complications of the disease, and may even evolve to death. The research was carried out through three meetings with a sample of 12 participants, aged 60 years or older, from the Projeto Renascer, from the Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, who had at least the first full grade. At first, his previous knowledge about the disease was discussed without any external influence. Then, primers with information about *Influeza A H1N1* were given to the subjects and, in a second meeting, the questions about the disease were repeated and how the communication presented influenced their knowledge. In a last meeting, information was collected on the opinion of the participants about the material presented and what they considered positive or negative in the experience. The meetings had their conversations audio recorded. At a later moment, the recordings were transcribed and analyzed so that the influence of the material on the respondents was diagnosed. To do this, a content analysis was performed, using free list analysis to discern indexes of items that relate to the cultural scope of the subjects and to access the associations related to the questioned elements. It was found that, using a specific diffusion media, with its own language and directed, associated with an explanatory introduction, the elderly individuals assimilate, with greater facility, knowledge about an endemic.

Keywords: *Influenza A H1N1*. Elderly. Health Communication. Education.



## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1:</b> Histórico dos últimos 90 anos de convivência entre o H1N1 e os seres humanos .....	26
<b>Figura 2:</b> Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2016, até a SE 23 de 2016 .....	29
<b>Figura 3:</b> Cartaz da campanha preventiva contra hanseníase, verminose e tracoma, veiculada em 2016 e 2017 .....	33
<b>Figura 4:</b> Outdoor da campanha Zika Zero, veiculada em 2016 .....	34
<b>Figura 5:</b> Faixa da campanha de prevenção a tuberculose, veiculada em 2017 .....	34
<b>Figura 6:</b> Filipeta da campanha de atualização da caderneta de vacinação, veiculada em 2017 .....	35
<b>Figura 7:</b> Folder da campanha de incentivo ao aleitamento materno, veiculada em 2017 .....	35
<b>Figura 8:</b> Anúncio de página simples da campanha de incentivo a doação de órgãos, veiculada em 2017 .....	36
<b>Figura 9:</b> Diagrama do processo de comunicação .....	48
<b>Figura 10:</b> Representação da fonte utilizada na cartilha desenvolvida para o presente estudo .....	62
<b>Figura 11:</b> Representação dos estilos de fonte utilizados na cartilha desenvolvida para o presente estudo .....	63
<b>Figura 12:</b> Representação das cores utilizadas na cartilha desenvolvida para o presente estudo .....	63
<b>Figura 13:</b> Representação das imagens utilizadas na cartilha desenvolvida para o presente estudo .....	64
<b>Figura 14:</b> Representação do layout da capa da cartilha desenvolvida para o presente estudo .....	64
<b>Figura 15:</b> Esquema de comunicação na Análise de Conteúdo .....	66

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2016 até a SE 23 .....	28
<b>Quadro 2:</b> Principais tipos de mídia para veiculação de propaganda .....	49
<b>Quadro 3:</b> Cores e seus significados na comunicação .....	55
<b>Quadro 4:</b> Distribuição dos membros do Projeto Renascer por sexo no período de 2015 a 2018 .....	68
<b>Quadro 5:</b> Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa .....	69
<b>Quadro 6:</b> Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa por faixa etária .....	69
<b>Quadro 7:</b> Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa de acordo com seu nível de escolaridade .....	70
<b>Quadro 8:</b> Participação dos sujeitos durante as reuniões de Grupo Focal em relação aos temas abordados .....	84

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

- AMIB** – Associação de Medicina Intensiva Brasileira
- CNPq** – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.
- CONFINTEA** – Conferências Internacionais de Educação de Adultos
- DMS** – Degeneração Macular Senil
- EAD** – Educação a Distância
- Embrapa** – Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária
- FAPESP** – Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
- HPV** – Vírus do Papiloma Humano
- IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia
- IDH** – Índice de Desenvolvimento Humano
- IMC** – Índice de Massa Corporal
- MEC** – Ministério da Educação
- MS** – Ministério da Saúde
- NEI** – National Eye Institute
- OMS** – Organização Mundial da Saúde
- ONU** – Organização das Nações Unidas
- PDE** – Plano de Desenvolvimento da Educação
- PNI** – Política Nacional do Idoso
- SciELO** – Scientific Electronic Library Online
- SE** – Semana Epidemiológica
- SG** – Síndrome Gripal
- SRAG** – Síndrome Respiratória Aguda Grave
- SUS** – Sistema Único de Saúde
- TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UN** – United Nations
- UNAERP** – Universidade de Ribeirão Preto
- UNESCO** - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
- UTI** – Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	11
1.1 JUSTIFICATIVA.....	18
1.2 HIPÓTESE.....	22
1.3 OBJETIVOS.....	22
1.3.1 Geral.....	22
1.3.2 Específicos .....	22
2 REVISÃO DA LITERATURA .....	24
2.1 INFLUENZA A H1N1 .....	24
2.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....	30
2.3 TERCEIRA IDADE.....	37
2.4 EDUCAÇÃO .....	39
2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	42
2.6 TIPOLOGIAS DE MÍDIA .....	45
2.7 CONSTRUÇÃO DE UMA MÍDIA IMPRESSA .....	50
3 CASUÍSTICA E MÉTODO.....	56
3.1 NATUREZA DO ESTUDO .....	56
3.2 LOCAL DO ESTUDO.....	57
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	59
3.4 COLETA DOS DADOS.....	60
3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados .....	60
3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados .....	61
3.4.3 Produção da Cartilha .....	61
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	65
3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	66
3.6.1 Autorização dos Responsáveis do Local .....	67
3.6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	67
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	68
4.1 PERFIL DOS SUJEITOS .....	68
4.1.1 Sexo.....	68
4.1.2 Faixa Etária.....	69

4.1.3 Nível de escolaridade .....	69
4.2 COLETA DE DADOS.....	70
4.2.1 Primeira Reunião do Grupo Focal.....	70
4.2.2 Segunda Reunião do Grupo Focal.....	76
4.2.3 Terceira Reunião do Grupo Focal.....	79
4.3 ANÁLISE DOS DADOS .....	81
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	85
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	86
REFERÊNCIAS.....	88
APÊNDICE I .....	96
APÊNDICE II .....	97
APÊNDICE III .....	99
ANEXO I.....	103

## APRESENTAÇÃO

Após me graduar no curso de Comunicação Social com habilitação em Publicidade e Propaganda com ênfase em *marketing* e atuar na área por oito anos, decidi que era chegado o momento de mudar meus horizontes e ir em busca de alguma atividade que apresentasse, de alguma forma, maior significância para a sociedade. Apesar de ser apaixonada pela carreira que escolhi, o fato de, na posição profissional em que me encontrava, não gerar mudanças expressivas na vida das pessoas, me causou certa inquietação e, a partir de então, fui em busca de outro *mister* que pudesse satisfazer essa minha necessidade.

A vontade de me iniciar na docência é minha companheira desde cedo. Cercada por uma família de professores, mestres e doutores, a esfera acadêmica sempre fez parte da minha rotina. O grande exemplo e maior inspiração para a ânsia em pertencer ao meio acadêmico, sempre foi minha mãe, Doutora em Serviço Social, docente da Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP há 19 anos. Apesar da proximidade com a área, nunca surgiram oportunidades para que eu consumasse essa aspiração. Após me desligar da empresa na qual trabalhei por sete anos, desde minha formação, decidi que seria o melhor momento para a busca dessa realização.

O Programa de Pós-Graduação em nível de *Stricto Sensu* de Saúde e Educação despertou minha atenção por viabilizar tanto a oportunidade de me tornar mestra, quanto ter subsídios para gerar ações e conteúdos que permitam, de forma significativa, atingir a população ou, pelo menos, sujeitos que estejam próximos da minha realidade. O cenário de acrescentar conhecimento à vida das pessoas, desperta em mim uma imensa vontade de buscar cada vez mais sabedoria para me tornar um instrumento propagador de informação.

Com base nessa ânsia por difundir entendimento, procurei uma maneira de unir minha experiência prévia em comunicação social às novas adquiridas na área de educação e saúde. Sendo assim, analisei possíveis problemas enfrentados na área da saúde que poderiam ser minimizados com a correta utilização da comunicação.

Durante essa observação, pude constatar que o país passou por surtos sazonais da doença *Influenza A H1N1* – surtos estes que tendem a ocorrer futuramente –, tendo como principais indivíduos afetados, os da terceira idade. Defini, então, que essa seria uma proposição que eu gostaria de explorar.

Mediante leitura de artigos científicos e pesquisas relacionadas ao tema, em especial a materiais disponibilizados pelo Ministério da Saúde, foi possível notar que não há nenhum tipo de análise quanto à percepção da disseminação de informações acerca dessa doença de forma direcionada a indivíduos com mais de sessenta anos. Esse conjunto de indivíduos se configura como parcela do grupo de risco que apresenta maior taxa de evolução da doença para óbito, mostrando, assim, ser relevante o desenvolvimento de um material voltado exclusivamente para esse público.

Posto isto, acreditei ser proveitoso elaborar uma tipologia de mídia impressa, no formato de cartilha, desenvolvida com uma linguagem apropriada e direcionada ao público mencionado, a respeito dos sintomas, características, prevenção e tratamento da *Influenza A H1N1*.

## 1 INTRODUÇÃO

Para compreender os benefícios esperados com o desenvolvimento do material proposto para este estudo, faz-se interessante entender o processo de comunicação e de que forma ele exerce influência sobre a difusão de conhecimento.

O sistema de comunicação surgiu a partir da premência do ser humano por uma nova maneira de se comunicar e tal fato se deu fundado em uma transmutação substancial na natureza da mensagem a ser difundida. A prática oral apresentava sinais de lassidão e clamava por outro tipo de linguagem, que pudesse ser gravado, ficando, assim, disponível àqueles que tivessem necessidade de consultar futuramente o que foi dito (TATTERSALL, 2006).

Essa nova experiência precisava apresentar características fundamentais: duração, profundidade e acessibilidade para poder proporcionar aos indivíduos capazes de praticar a leitura, a possibilidade de ler, reler, refletir e explorar o que fosse gerado e lavrado. Partindo de tal premência, originou-se a escrita.

A escrita fonética apresentou desenvolvimento acelerado e, a partir de então, surgiu o *mister* de simplificar a comunicação, designando às letras, as denominações de consoantes e vogais. Com tal evolução, os indivíduos, a partir do século XV, importavam-se em conceber e engendrar livros por meio de técnicas manuais de cópia de materiais previamente existentes. Durante essa época, as obras eram restritas aos sujeitos abastados e, somente eles, apresentavam possibilidade de ter em mãos as produções escritas (COSTELLA, 1984).

Ao passo que a impressão foi desenvolvida, uma quantidade significativa de livros passou a ser produzida. Na época, escribas, padres, elites políticas e eruditos eram detentores do poder social e, com este advento, passaram a preocupar-se, pois o monopólio da escrita e da leitura começava a ser desfeito, possibilitando a disseminação da alfabetização de forma acelerada (MONTEIRO, 2009).

As publicações, nos padrões conhecidos atualmente, foram provenientes da concepção de Johannes Gutemberg, em 1439, que consistia em um tipo mecânico móvel para impressão, que deu início a Revolução da Imprensa e é considerado o evento de maior importância durante o período moderno (ADVENT, 2016).

A possibilidade de se produzir grande quantidade de exemplares em pouco tempo, abriu caminhos para a disseminação da aprendizagem em massa, levando



inúmeros cidadãos a se interessar pela leitura e, por conseguinte, aprender e gerar conhecimento.

De acordo com Sant'anna (2006), o termo comunicação envolve uma esfera ampla que orla o absoluto, mas, antes de tudo, tem a função de conduzir a informação. É um processo social fundamental, que se dá por meio da palavra falada, sinais, gestos, imagens, impressão e todos os demais signos e símbolos por meio dos quais o ser humano se utiliza para transmitir significados e valores a outros indivíduos, tornando possível, assim, a existência dos grupos e das sociedades.

Quando se fala em transmitir ideias e informações para diversas pessoas de uma só vez, nos deparamos com os meios de comunicação coletiva, que se retratam como um comunicante que tem relação de entradas e de saídas muito amplas. Em suas formas mais inteligíveis, o processo de comunicação é composto por um transmissor, uma mensagem e um receptor (McQUAIL, 2003).

É de grande valia que se destaque que um dos princípios básicos da Teoria Geral da Comunicação é que os sinais emitidos só têm significado se o receptor souber interpretá-los. Partindo desse preceito, o transmissor deve conseguir ser aceito e compreendido pelo receptor, e a comunicação deve ultrapassar a censura e as normas opostas dos grupos visados, permitindo assim, que se exerça influência para modificar atitudes (McQUAIL, 2003).

Sendo assim, é possível assimilar que a Comunicação é o método de transmitir ideias entre indivíduos, e se mostra não só fundamental, como vital. Ela se apresenta como um instrumento crucial, visto que, toda a sociedade humana – da primitiva à moderna – baseia-se na capacidade do ser humano de propagar conhecimentos e experiências, de pessoa para pessoa. E mostra-se vital, ao passo que a habilidade de se comunicar com outros sujeitos aumenta as possibilidades de sobrevivência do indivíduo, ao mesmo tempo em que sua falta é usualmente considerada “uma séria forma de patologia” (SANT'ANNA, 2006).

A partir do momento em que se entende que a comunicação passa a ser objeto de difusão de conhecimento, a mesma apresenta-se como importante e potente ferramenta para a Educação em Saúde.

Com fundamento nessa percepção, surge a premência de que as campanhas de prevenção a qualquer tipo de endemia deveriam ser realizadas com base na comunicação de massa adequada para a fácil e completa compreensão dos receptores.

Quando adentramos à esfera da Educação em Saúde, o termo “Comunicação em Saúde” ganha destaque e se apresenta como uma forma inerente de ver, alcançar, intervir e demonstrar vínculos entre os, denominados por Pierre Bourdieu (1989 apud Montagner e Montagner, 2010), campos sociais – espaços estruturados de relações, no qual forças de desigual poder lutam para transformar ou manter suas posições. Partindo de tal conceito, é possível analisar que o entendimento hoje por Comunicação em Saúde é resultado da aproximação de domínios que se expõem rígidos um ao outro, mas que têm extenso conteúdo prévio em comum.

Um momento importante durante a institucionalização das atividades de comunicação foi a criação do Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, em 1923, que veio a ser conhecido como Reforma Carlos Chagas. Tal serviço prezava por criar oportunidades para atividades que visavam à aceitação da população às medidas de aconselhamento indicadas pelas autoridades sanitárias, tendo como focos principais, a higiene pessoal e pública e a saúde de crianças e mulheres gestantes (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

A partir desse momento, a comunicação atravessou distintos momentos sociais, políticos e sanitários e passou a se relacionar de forma contrastiva com o processo de saúde-doença, galgando fazer-se presente nas atividades de saúde, principalmente àquelas que se apresentavam relacionadas a ações de prevenção – intervenção essa que ficou conhecida como a luta contra a “ignorância”.

Ainda falando sobre a utilização da comunicação como forma de difusão de conhecimento, Ribeiro, Cruz e Maríngolo (2013) apresentam o conceito de que é genuíno se apropriar de técnicas voltadas à captação da atenção dos sujeitos de determinado grupo, com a finalidade de simplificar a transmissão de conhecimento, se valendo de componentes da cultura da sociedade em questão. Com a finalidade de minimizar a distância de conhecimento presente entre partes da sociedade – que compreendem, que não compreendem ou que compreendem pouco sobre o determinado assunto – apresenta-se uma inquietação acerca da passagem da informação que não incorpora somente processo intelectual, mas também, as perspectivas éticas, políticas e sociais, confirmando, assim, a necessidade e importância da utilização desse canal como aliado na Educação em Saúde.

Para que a Comunicação em Saúde atinja com plenitude seu objetivo de difundir a informação de forma abrangente ao público que se destina, precisa ser

compreendida de maneira integralizada, levando em conta os sujeitos em sua esfera geral, considerando suas dificuldades e desejos e não somente como distribuidora de informações cinzeladas, repletas de termos técnicos. Nesse processo, os indivíduos devem ser intérpretes principais, habilitados para assimilar toda a dinâmica do sistema de saúde e capazes de desfruir das informações recebidas, de modo que propiciem o alcance e cumprimento de seus direitos (RIBEIRO; CRUZ; MARÍNGOLO, 2013).

Conhecendo tais informações, é possível entender porque se faz necessário que a comunicação seja elaborada de forma específica ao público a que se destina. As características dos sujeitos a serem atingidos devem ser levantadas e toda a informação deve ser desenvolvida de maneira que possa ser recebida e interpretada com facilidade.

Diante de todos os problemas relacionados à saúde que assolam a sociedade brasileira, existem algumas endemias que têm se apresentado de forma mais relevante na atualidade. Dentre elas, uma das que mais se destaca é a *Influenza A H1N1*.

A influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. Apresenta altas taxas de transmissibilidade e distribuição global e está propensa a se disseminar com facilidade em epidemias sazonais. A *H1N1* pode ser transmitida por meio de secreções das vias respiratórias de indivíduos contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que podem encaminhar o agente infeccioso à boca, olhos ou nariz, logo após ter contato com áreas recém-contaminadas por secreções respiratórias. A taxa de transmissão é muito elevada em recintos domiciliares, creches, escolas e em ambientes fechados ou semifechados, decorrendo não somente da infectividade do vírus, mas também da quantidade e intensidade de contatos entre pessoas de diferentes faixas etárias (BRASIL, 2015 a).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), estima-se que a *Influenza A H1N1* atinge 5 a 10% dos adultos e 20 a 30% das crianças, gerando de 3 a 5 milhões de casos graves e causando de 250.000 a 500.000 mortes todos os anos.

Ainda aponta três classes de indivíduos que apresentam risco elevado de apresentar complicações da doença: idosos acima de 65 anos de idade, crianças e adultos ou crianças com doenças crônicas (BRASIL, 2015 b).

Com base nas informações disponibilizadas pelo Informe Técnico de Situação Epidemiológica da Influenza no Brasil, (BRASIL, 2016 d), é possível analisar que foram registrados, em 2015, 14.432 casos de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG), sendo que 1.089 (9,1%) dessas ocorrências, foram classificadas como

relacionadas ao vírus influenza e, dentre os casos, 141 (12,9%) foram diagnosticados como tipo A (*H1N1*). As ocorrências de SRAG pelo vírus da influenza, expõem uma média de idade de 42 anos (considerando indivíduos de 0 a 106 anos) e a região que registrou maior número de casos foi a Sudeste, com 42,5% das ocorrências.

Em meio aos casos diagnosticados, 1.706 (11,8%) evoluíram a óbito sendo destes, 36 (20,6%) pelo vírus da *Influenza A H1N1*. Foi possível observar que a maior concentração de mortes por influenza se deu estado de São Paulo (37,1%). Dentre as evoluções a óbitos pelo vírus da Influenza, a média da idade foi de 55 anos (considerando indivíduos de 1 a 106 anos) e 113 dos casos (64,6%) expunham pelo menos um dos fatores de risco para evolução da doença, com ênfase para aqueles com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2016 a).

Conforme elucidado pela Secretaria Nacional de Promoção de Defesa dos Direitos Humanos (2012), um grande indicador de desenvolvimento cultural de uma população em relação ao desenvolvimento humano é o envelhecimento dos cidadãos, retratando condições de vida mais cuidadosas. De acordo com as United Nations (UN), em 2012, foi apurado que, aproximadamente 810 milhões de pessoas no mundo têm 60 anos ou mais de idade – compondo 11,5% da população global – e este número tende a aumentar para mais de 2 bilhões até o ano de 2050 – 22% da população global. Em conformidade com as projeções das UN (2012, p.1) “uma em cada 9 pessoas no mundo tem 60 anos ou mais. Em 2050, estima-se que 1 em cada 5 estará nessa faixa etária. [...] Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos no mundo do que crianças menores de 1 anos.”

No Brasil, o crescimento da população idosa tem sido sólido e comedido. De acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2014 (IBGE), a população brasileira contava com aproximadamente 21 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade. Em consonância com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2014), entre 1950 e 2000 a parcela de idosos na população brasileira, foi equivalente à obtida em países menos desenvolvidos. A datar de 2010, o indicador brasileiro passou a se aproximar do que é projetado para países desenvolvidos e, em 2070, estima-se que o tamanho da população idosa no Brasil seja de 35%, apresentando-se, assim, excedente ao indicador dos países desenvolvidos.

Sobre o perfil socioeconômico do idoso no Brasil, pode-se evidenciar que as mulheres se apresentam em número maior que os homens, compondo 55,5% da população idosa do país, bem como os brancos – 53,4%. A escolaridade dos membros

da terceira idade ainda é considerada baixa, tendo em média 4,7 anos de estudo e apresentando 28,4% dos indivíduos com menos de 1 ano de estudo. (IBGEb, 2014).

Fundamentado nos dados acerca do crescimento da população da terceira idade no Brasil (IBGE, 2014, a), juntamente com a quantidade de sujeitos afetados pela *Influenza A H1N1* (BRASIL, 2015 a), apresenta-se a necessidade de desenvolver um material preventivo voltado especificamente para esses sujeitos, com linguagem específica e direcionada, na intenção de conscientizá-los quanto aos cuidados que os mesmos devem ter para evitar a contaminação, bem como informações sobre sintomas e tratamento.

Para o desenvolvimento de tal material, alguns pontos relevantes devem ser salientados quanto ao público para o qual o mesmo se destina.

Ao considerarmos indivíduos da população da terceira idade brasileira, é importante conceituar que os mesmos tendem a apresentar problemas oftalmológicos que, naturalmente, acompanham o envelhecimento do ser humano, produzindo, comumente, uma diminuição da visão ou acuidade visual que, em grande parte das situações, é discreto (MENDES, 2008).

O sistema visual humano apresenta uma condição evolutiva que, para retratar uma capacidade funcional sadia, decorre, de forma relevante, dos anos subsequentes ao nascimento. De modo contrário, depois de uma época de anatomia e funcionalidade estáveis, o aparelho visual principia a dar sinais e indicações que sinalizam deterioração fisiológica, referente, a processos de senescência, pertinentes à condição humana ou relacionados a doenças e processos degenerativos oculares aleatórios, que podem ser determinados geneticamente, ou consequências de patologias sistemáticas (TERRA; SILVA; SCHIMIDT, 2007).

A partir dos 40 anos de idade, o ser humano passa a apresentar uma série de dificuldades relacionadas ao aparelho visual que tendem a crescer progressivamente com a idade. As pessoas começam a ter dificuldade em focalizar objetos próximos, caracterizando a mais comum das deficiências visuais durante o envelhecimento, a presbiopia, que atinge 100% das pessoas e pode ser corrigida com facilidade por meio do uso de lentes. Por volta dos 60 anos, o indivíduo pode vir a apresentar a opacificação do cristalino que, comumente, é conhecida por catarata, e exibe como principal característica, diminuição visual acentuada. Tal enfermidade da visão se dá devido à falta de maleabilidade do cristalino (estrutura biconvexa e gelatinosa que se

localiza entre a íris e o humor vítreo dos olhos), que ocorre, organicamente, como com a elasticidade de nossa pele (MENDES, 2008).

Mais uma debilidade visual que atinge pessoas de idade avançada é a retinopatia, termo utilizado para indicar lesões não inflamatórias da retina ocular. Com regularidade, as retinopatias são indícios de doenças sistêmicas e, no caso dos idosos, são categorizadas, na maioria das vezes, como retinopatia diabética – lesão provocada à retina em decorrência de complicações do diabetes mellitus – e retinopatia hipertensiva, – dano causado à retina devido a aumento da pressão sanguínea (CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA, 2016).

Outras enfermidades corriqueiras que podem afetar a visão de idosos são o glaucoma e a Degeneração Macular Senil (DMS). De acordo com o *National Eye Institute* – NEI (2016), o glaucoma compreende um conglomerado de doenças oculares distintas que ocasionam deterioração irreversível do nervo ótico. Abrange também a devastação de células da retina, que são as encarregadas de conduzir os impulsos nervosos ao cérebro. Se não tratado, o glaucoma pode levar perda permanente da visão.

A DMS é a principal causa de cegueira em indivíduos acima de 50 anos. Dentre as causas mais comuns da perda de visão total ou parcial na terceira idade, é a única na qual a profilaxia e/ou o tratamento, até então, não foram satisfatoriamente conjecturados. Na maior parte dos casos, não é possível prevenir a catarata, entretanto, a cirurgia recupera a visão da grande parcela dos pacientes operados. A possibilidade de prevenção também não se aplica ao glaucoma, contudo, a cegueira causada pelo mesmo pode ser evitada com recursos disponíveis atualmente na medicina. A retinopatia diabética, na maioria dos casos, consegue ser evitada e tratada. Já a DMS, se apresenta como barreira a ser transpassada pela oftalmologia atual, já que não mostra graus aceitáveis de resposta tanto na prevenção como no tratamento dos sintomas (NEHEMY, 2006).

Outro fato relevante que não pode ser ignorado é o analfabetismo. De acordo com pesquisa divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2014), a maior parte dos analfabetos e analfabetos funcionais do Brasil está classificada na faixa etária de 15 anos de idade ou mais, sendo que 22,3% destes indivíduos pertence à terceira idade. Entretanto, é relevante ressaltar que esta taxa vem diminuindo ao longo dos últimos anos no país. Entre os anos de 2007 e 2014, foi possível observar uma redução de 13,63% para 9,6% de analfabetos dentre a população de 15 anos ou mais de

idade, o que se configura como um grande avanço para o país, mesmo sabendo-se que ainda há muito o que ser feito para erradicar a falta de alfabetização no Brasil.

As informações levantadas previamente, nos ajudam a considerar que uma tipologia de mídia impressa, se realizada dentro de moldes específicos para o público da terceira idade, com informações apresentadas em uma configuração de fácil percepção visual, podem apresentar uma maior aceitação por parte deste público do que em tempos prévios, nos quais as taxas de analfabetismo eram mais altas.

## 1.1 JUSTIFICATIVA

A sociedade brasileira conta com sistemas de saúde, como o Sistema Único de Saúde – SUS, que são construções sócio-políticas planejadas em assegurar formas apropriadas para que os cidadãos tenham condições de encarar riscos sociais, como adoecer e precisar de auxílio, que, por meios próprios, não teriam condições de prover. Sendo assim, o comprometimento fundamental dos sistemas de saúde é assegurar o acesso aos bens e serviços a disposição de cada sociedade para manter e recuperar a saúde dos sujeitos.

Os modelos de sistema de saúde adotados na maioria das vezes, são aqueles estabelecidos pelo Estado, que se apresentam em dois tipos: ocupacionais (ou de seguro) e universais (ou de seguridade) (MARCONDES, 2016).

Quando proveniente de iniciativas estatais, o sistema de saúde geralmente abrange áreas submetidas a riscos sociais, dentre os quais pode-se citar o envelhecimento e a perda da capacidade laboral. Os sistemas de saúde, juntamente com os sistemas de previdência, constroem um mecanismo do estado de proteção social, apresentando a universalidade da cobertura como característica, tendo por objetivo assegurar cuidado para os cidadãos. Sendo assim, essa configuração do sistema prega que todos os cidadãos, independentemente de qualquer tipo de contribuição, têm direito ao acesso ao sistema, apontando, assim, como resultado, a desmercantilização do acesso à saúde (MARCONDES, 2016).

Desde muito cedo a saúde pública foi classicamente definida como “a ciência e a arte de evitar doenças, prolongar a vida e desenvolver saúde física e mental através de esforços organizados da comunidade.” (WINSLOW, 1920). A OMS, que se configura como o mais importante órgão internacional que busca pelo bem-estar –

social, físico e psíquico – da sociedade, endossa tal definição e afirma que a mesma abrange diversos critérios de desenvolvimento de um arcabouço social que consegue oferecer a qualquer indivíduo de uma sociedade as condições necessárias de saúde.

O Estado, por meio de suas ações, se configura como cerne da promoção da saúde pública, ao passo que a organiza conforme as questões sociais e políticas que se apresentam, fazendo com que os serviços médicos sejam executados dentro da organização do sistema de saúde. A grande e fundamental incumbência da saúde pública é hostilizar os fatores que condicionam a propagação de doenças, mantendo, assim, o controle da incidência das mazelas nas populações por intermédio de ações de investigações e vigilância por parte do governo.

Ao falar sobre o combate a doenças, é imprescindível citar o notável protagonista nessa ação, o SUS. Contextualizando historicamente o nascimento do Sistema Único de Saúde, deve-se ressaltar que este teve sua origem no movimento conhecido como Reforma Sanitária, na década de 1970, sendo instituído pela Constituição Federal de 1988. Afora sua dificuldade em cumprir seus princípios básicos de Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população brasileira, sua implantação foi de grande valia no setor da saúde do Brasil (DINIZ, 2014).

Apesar de todos os esforços do SUS para prevenir a população acerca de determinadas doenças, existem algumas endemias que se apresentam de forma mais acentuada na atualidade e necessitam de intensificação na proliferação de informações em relação à sua prevenção e controle. Dentre elas, uma das que mais se destaca é a *Influenza A H1N1* (BRASIL, 2016 c).

A Influenza é uma infecção viral aguda que afeta o sistema respiratório. Suas taxas de transmissão são elevadas e se acontecem em âmbito global. Apesar de acontecer durante todo o ano, é durante o outono e o inverno que se dissemina com maior facilidade. O contágio da doença se dá, principalmente, por meio de secreções das vias respiratórias de indivíduos contaminada ao falar, tossir, espirrar ou pelas mãos, que em sequência a contato com áreas recém-contaminadas por secreções respiratórias, têm o poder de encaminhar o agente infeccioso direto a boca, olhos e nariz. Esta enfermidade apresenta elevadas taxas de transmissão com destaque para ambientes fechados ou semifechados, devido a quantidade e intensidade de contatos entre pessoas de diferentes faixas etárias (BRASIL, 2015 b).

O Ministério da Saúde (2016) aponta a preocupante estimativa de que existe em reação a tal doença, é de que um indivíduo infectado é capaz de propagar o vírus



para até duas pessoas não imunes. Crianças na faixa etária de um a cinco anos apresentam-se como principais fontes de transmissão dos vírus na área familiar e na comunidade, podendo transmitir os vírus por até duas semanas, e pessoas imunocomprometidas podem excretá-los por períodos ainda mais prolongados, chegando até a meses. Os números relacionados a essa epidemia são preocupantes. Segundo a OMS, a estimativa é de que a *Influenza* arremete de 5 a 15% da população, acarretando de 3 a 5 milhões de casos graves e 250.000 a 500.000 mortes todos os anos (BRASIL, 2016 b).

A patologia pode ser provocada pelos vírus *Influenza A, B e C*. Os tipos A e B sofrem contínuas mutações e são os responsáveis pelas epidemias sazonais. O vírus C, em pouquíssimos casos, acarreta doença grave. As chances de infecção são reduzidas ao passo que exista a presença de imunidade antecedente, porém a imunidade a um subtipo A ou B concede pouca ou nenhuma proteção contra novas variáveis. Sendo assim, em uma mesma estação de influenza, podem ocorrer infecções por mais de um tipo ou subtipo de vírus. A doença se torna mais grave quando surgem linhagens pandêmicas, para as quais a população tem pouca ou nenhuma imunidade (BRASIL, 2015 b).

O Ministério da Saúde (2015) destaca que no decurso das fases em que ocorre maior circulação dos vírus da influenza, em até 30% dos casos de síndrome gripal, os mesmos podem ser identificados. É relevante salientar que a cepa do vírus *Influenza A H1N1* tem afetado, na maioria dos casos, adultos entre 40 e 60 anos de idade e as cepas do tipo B, crianças, adolescentes e adultos jovens. Independente de tais constatações, é de grande valia ter consciência de que qualquer uma das cepas pode acarretar infecções respiratórias graves em pessoas de quaisquer faixas etárias e vir a evoluir a óbito.

A OMS aponta três classes, que estimam um total de 1,2 bilhões de pessoas, como indivíduos que apresentam risco elevado de manifestar complicações da *Influenza A H1N1*: idosos acima de 65 anos de idade (385 milhões), crianças (140 milhões) e crianças e adultos com doenças crônicas (700 milhões) (BRASIL, 2015 b).

Dentre habitantes não vacinados, a maior parte dos óbitos por complicações na infecção da Influenza sazonal, acontece em indivíduos da terceira idade. Contudo, os registros de crianças com menos de cinco anos de idade hospitalizadas por conta do vírus da Influenza, são tão altas quanto às constatadas dentre os idosos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

De acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), é possível observar que, dentro do estado de São Paulo – o mais atingido pela endemia no país –, entre os anos de 2009 e 2010, houve massiva concentração de casos confirmados da *Influenza A H1N1*. Dentre os casos, 37,1% evoluíram a óbito. Dentre as mortes, a mediana da idade foi de 55 anos e 113 casos (64,6%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para aqueles com idade igual ou superior a 65 anos (BRASIL, 2016 a).

Os dados anunciados acima, referentes aos grupos de risco, podem ser considerados alarmantes já que, atualmente, a humanidade tem vivido o dobro de tempo que seus ancestrais viviam, e a medicina aponta que a espécie humana é capaz de viver ainda mais, chegando aos cem anos e podendo atingir até os cento e vinte (VECCHI, 2014). Esse recente indicador demográfico aponta alguns questionamentos acerca de reconhecer o que existe em comum e o que é primário na realidade brasileira. Nessa direção, oferecer saúde e bem-estar aos indivíduos que adentram a terceira idade, merece ser um cuidado no mundo todo, em especial no Brasil que, de acordo com dados estatísticos do IBGE (2016) – resultantes do Censo Demográfico de 2015 – possui 204.450.649 habitantes, sendo 11,34% destes com mais de 60 anos, apresentando, assim, um total de 23,2 milhões indivíduos idosos no nosso país, e a estimativa é de que, nos próximos vinte anos, esse número triplique.

No estado de São Paulo, em 2015, houve registro de 3.851 casos de infecção pela *Influenza A H1N1*, sendo que 565 deles (14,6%) evoluíram a óbito. No que se refere à faixa etária dos casos de *Influenza*, houve predominância na faixa etária de  $\geq 60$  anos, com 83 casos (43,7%) e 17 óbitos (60,7%) (BRASIL, 2016 d).

A partir da análise desses dados, alguns questionamentos despontam, tais como: será que as mídias, de alguma forma, auxiliam no processo preventivo de doenças às pessoas idosas, visto serem pertencentes ao grupo de risco e os indivíduos mais suscetíveis a óbito?

Qual a percepção da população da faixa etária de 60 anos ou mais sobre a cartilha como forma de informação sobre doenças?

## 1.2 HIPÓTESE

A cartilha é um tipo de mídia impressa que, se produzida com uma linguagem direcionada a indivíduos da terceira idade, estimula a percepção dos mesmos referente a informações sobre doenças. A orientação para idosos por meio de uma tipologia de mídia impressa desperta sua atenção quanto a difusão de conhecimentos acerca de doenças que podem ser prevenidas, em especial a *Influenza A H1N1*.

## 1.3 OBJETIVOS

Neste item serão apresentados os objetivos geral e específicos do estudo.

### 1.3.1 Geral

O objetivo geral deste estudo é analisar como os indivíduos da terceira idade, com 60 anos ou mais, percebem a informação proveniente de uma tipologia de mídia impressa, configurada no formato de cartilha, e se a mesma desperta seu interesse por conhecimento sobre a *Influenza A H1N1*.

### 1.3.2 Específicos

Os objetivos específicos deste estudo são:

- Analisar as diferenças de conhecimento prévio dos sujeitos pesquisados em relação à *Influenza A H1N1*: o que é; principais sintomas; formas de transmissão; formas de prevenção e tratamento.
- Averiguar se uma linguagem própria e direcionada para um público específico facilita a absorção de conhecimento, bem como desperta seu interesse acerca da *Influenza A H1N1*.

- Verificar qual influência a cartilha desenvolvida, com linguagem direcionada a terceira idade, exerce sobre os sujeitos da pesquisa, com relação aos seus conhecimentos sobre a *Influenza A H1N1*.
- Construir conhecimento técnico-científico sobre a prevenção, sintomas e tratamentos da *Influenza A H1N1*, ampliando conhecimento no campo da Educação e Saúde.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 INFLUENZA A H1N1

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2015 b), a *Influenza*, também conhecida popularmente por gripe suína, é uma infecção viral aguda, geralmente benigna, que afeta o sistema respiratório. Apresenta-se, inicialmente, em geral, com quadro de febre alta – sintoma mais importante e dura em torno de três dias –, acompanhada de dor muscular, de garganta e de cabeça, coriza e tosse seca. As indicações respiratórias (tosse, por exemplo), tornam-se mais claras com o desenvolvimento da doença e conservam-se, na maioria das vezes, por três a cinco dias após a ausência da febre. Alguns casos podem desencadear complicações graves, como pneumonia, fazendo necessário que o paciente seja internado.

A Secretaria de Vigilância da Saúde (2015) aponta que a influenza se manifesta ao longo do ano todo, mas se apresenta com mais frequência no outono e no inverno, quando as temperaturas tendem a cair, em especial, nas regiões Sul e Sudeste do país. Alguns sujeitos, tais como idosos, crianças, gestantes e pessoas com alguma comorbidade, apresentam maior risco em desenvolver complicações em decorrência da influenza.

A doença é causada pelos vírus *Influenza*, que pertence à família *Orthomyxoviridae*, possuidor de genoma de RNA segmentado. O vírus da *Influenza* pode ser dividido em três tipos: A, B e C. O vírus tipo C, o mais brando, causa somente infecções respiratórias leves. Não possui impacto significativo na saúde pública e não é pertinente a epidemias. Os vírus *Influenza A* e *B*, no entanto, apresentam-se mais preocupantes. Eles são causadores de epidemias sazonais, sendo o vírus do tipo A responsável pelas grandes pandemias. O vírus *Influenza A* ainda pode ser classificado em subtipos em conformidade com as proteínas de superfície, hemaglutinina (HA ou H) e neuraminidase (NA ou N). Atualmente, são os subtipos do vírus influenza A, *A(H1N1)* e *A(H3N2)* que circulam entre humanos. Alguns vírus influenza A, provenientes de aves, também apresentam possibilidade de infectar seres humanos, acarretando doenças graves, como é o caso do *A(H5N1)* e do *A(H7N9)* (BRASIL, 2016 b).

Ainda que a endemia esteja entre as mais antigas doenças que afetam a sociedade, os informes fidedignos de sua disseminação entre seres humanos apareceram entre os séculos XV e XVI, época na qual o mal passou a se apresentar

corrente entre os indivíduos, afetando as sociedades no decorrer de epidemias e pandemias de veemências diversas (OLIVEIRA; IGUTIL, 2010).

O registro preambular em que se pode confiar acerca do vírus *H1N1* é de 1918, obtido a partir de corpos conservados no gelo do Alaska e amostras de tecido em formol e, desde então, o mesmo vem evoluindo geneticamente, como pode ser visto na figura 1. Sabe-se, atualmente, que ele já se propagava em seres humanos pelo menos desde 1907. O vírus, proveniente de porcos, foi detectado em 1931, e foi originado do vírus da gripe espanhola que circulava paralelamente a ele (SMITH et al. 2009).

Iamarino (2016, p.1) aponta que

Embora a chamada gripe espanhola tenha acabado em 1919, o vírus não sumiu. Ele se tornou a linhagem predominante em humanos, e continuou circulando e mudando durante os próximos 38 anos. Mudou o suficiente para escapar do sistema imune dos hospedeiros, mas não o suficiente para causar grandes estragos como antes.

No ano de 1957, o vírus *H1N1*, que já havia mudado entre 3 e 6 anos antes, vociferou. Ele conquistou 3 de seus 8 genes por meio de um vírus aviário, o *Hemaglutinina*, *Neuraminidase* e um dos integrantes da polimerase viral – enzima que faz a cópia do seu material genético – o PB1. Dessa maneira, o recém-formado *H2N2* – que ainda possuía grande parte do *H1N1*, mas se esquivava do sistema imune dos indivíduos – infectou milhões de pessoas em todo o mundo, acarretando a chamada Gripe Asiática. O *H2N2* substituiu por completo o *H1N1* e se apresentou como vírus dominante nos 11 anos seguintes (SMITH et al. 2009).

Em 1968, a história da *Influenza* apresentou mais um acontecimento significativo. Iamarino (2016) narra que, nesta época, o vírus recebeu dois novos genes, a *Hemaglutinina* e *PB1* novamente. A essa altura, ele culminava na Gripe de Hong Kong como *H3N2*. Ainda assim, levava consigo genes do *H1N1* de 1918 e a *Neuraminidase 2*. Porém, sua nova *Hemaglutinina* permitiu que, novamente, pudesse passar ileso pelos sistemas imunes e, por conseguinte, gerou a pandemia.

Em 1977, um novo incidente se apresentou e, desta vez, ele apresentou como inédito. O *H1N1* voltou a circular, causando a pandemia da Gripe Russa sem adquirir nenhum gene novo para tal. A linhagem de 1977 era idêntica ao *H1N1* de 1951. Em certo teste de vacinas, provavelmente na União Soviética ou no Leste Asiático, o vírus *H1N1* se esvaiu do laboratório. Os 26 anos seguintes foram o bastante para o surgimento de uma geração toda sem imunidade (IAMARINO, 2016).



geográficas do país e objetiva principalmente, a identificação dos vírus respiratórios circulantes. Ainda possibilita o monitoramento da demanda de atendimento em função da doença. Até a Semana Epidemiológica (SE) 23 de 2016, as unidades sentinelas de SG coletaram 9.153 amostras. Destas, 5.534 (60,5%) foram processadas e 21,3% (1.406/5.534) apresentaram resultado positivo para vírus respiratórios, sendo 1.117/1.406 amostras positivas para influenza e outros vírus. Dentre as amostras positivas para influenza, 728 (78,4%) foram decorrentes de influenza A(H1N1), 105 (11,3%) de influenza B, 76 (8,2%) de influenza A não subtipado e 19 (2,0%) de influenza A(H3N2) (BRASIL, 2016 a).

São consideradas condições e fatores de risco para complicações de casos de *Influenza A H1N1*, com indicação de tratamento: mulheres grávidas, em qualquer idade gestacional, puérperas até duas semanas pós-parto; indivíduos com igual ou superior a 60; crianças menores de 5 anos (sendo as que mais apresentam risco de internação hospitalar são as menores de 2 anos – em especial as menores de 6 meses, que apresentam maior taxa de mortalidade); população indígena aldeada; indivíduos menores de 19 anos de idade, que façam uso prolongado de ácido acetilsalicílico; indivíduos que apresentem: pneumopatias, tuberculose de todas as formas, cardiovasculopatias, nefropatias, hepatopatias, doenças hematológicas, distúrbios metabólicos, transtornos neurológicos e de desenvolvimento que possam comprometer a função respiratória ou aumentar o risco de aspiração, imunossupressão associada a medicamentos, neoplasias, HIV/aids ou outros, obesidade – em especial, em indivíduos adultos que apresentem índice de massa corporal (IMC)  $\geq 40$  (BRASIL, 2015 a).

Entre os óbitos por *Influenza*, a mediana da idade foi de 51 anos, variando de 0 a 93 anos. A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,54/100.000 habitantes. Dos 1.103 indivíduos que foram a óbito por influenza, 782 (70,9%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para os adultos  $\geq 60$  anos. Não obstante, 829 (75,2%) utilizaram-se de antiviral, com mediana de 04 dias entre os primeiros sintomas e o início do tratamento, variando de 0 a 61 dias (BRASIL, 2016 a).

Na tabela 1 são apresentados os índices de óbitos entre os indivíduos pertencentes a grupos de riscos, registrados no monitoramento do Informe Epidemiológico de *Influenza* SE 23 de 2016.



**Quadro 1:** Distribuição dos óbitos de SRAG por influenza segundo fator de risco e utilização de antiviral. Brasil, 2016 até a SE 23.

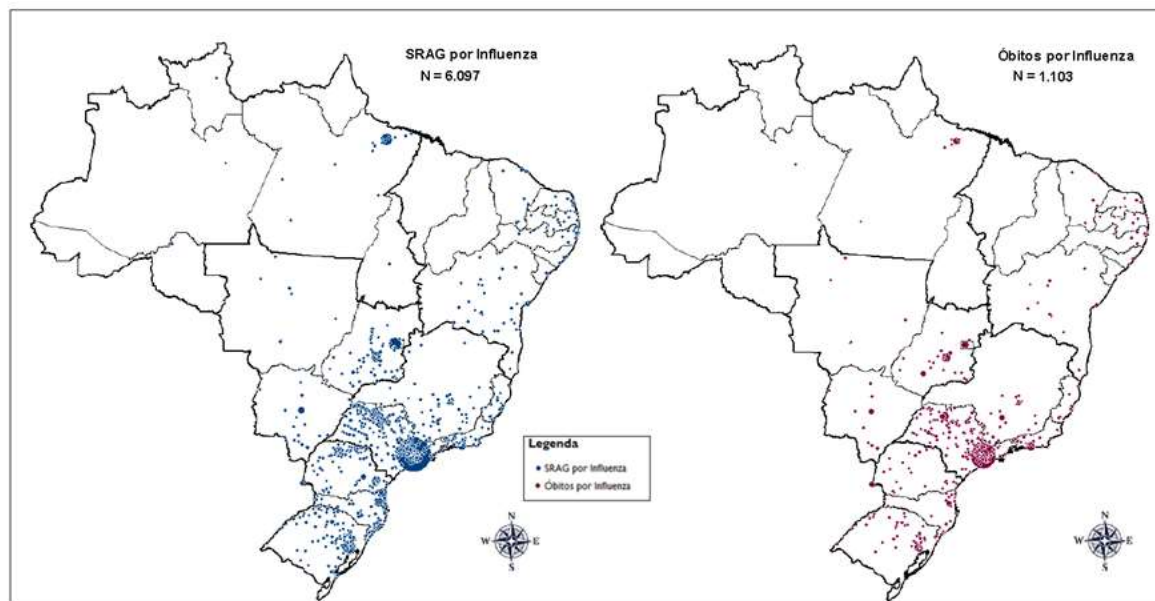
<b>Óbitos por Influenza (N=1.103)</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Com Fatores de Risco</b>	<b>782</b>	<b>70,9</b>
Adulto ≥ 60 anos	305	27,7
Doença cardiovascular crônica	222	20,1
Pneumopatias crônicas	181	16,4
Diabetes mellitus	180	16,3
Obesidade	140	12,7
Criança < 5 anos	93	8,4
Imunodeficiência/Imunodepressão	67	6,1
Doença neurológica crônica	63	5,7
Doença renal crônica	56	5,1
Doença hepática crônica	26	2,4
Gestante	20	1,8
Síndrome de Down	10	0,9
Indígena	9	0,8
Puérpera (até 42 dias do parto)	5	0,5
<b>Que utilizaram Antiviral</b>	<b>829</b>	<b>75,2</b>

**Fonte:** SINAN Influenza Web (2016).

De acordo com dados disponibilizados pelo Ministério da Saúde (MS), é possível observar que, dentro do estado de São Paulo – o mais atingido pela endemia no país –, entre os anos de 2009 e 2010, houve massiva concentração de casos confirmados da *Influenza A H1N1*. Dentre os casos, 37,1% evoluíram a óbito. Dentre as mortes, a mediana da idade foi de 55 anos e 113 casos (64,6%) apresentaram pelo menos um fator de risco para complicação, com destaque para aqueles com idade igual ou superior a 60 anos (BRASILa, 2016).

Na Figura 3 é apontada a distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência no Brasil, até a SE 23 de 2016. É possível notar a massiva concentração de casos no estado de São Paulo.

**Figura 2:** Distribuição espacial dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave confirmados para influenza por município de residência. Brasil, 2016, até a SE 23 de 2016.



Fonte: SINAN Influenza Web (2016).

O Ministério da Saúde, juntamente com especialistas brasileiros, desenvolveu o *Protocolo de Tratamento de Influenza* e revisa e atualiza-o periodicamente. Nesse material, é salientada a importância do tratamento cabível de todos os casos de síndrome respiratória aguda grave e síndrome gripal, de acordo com circunstâncias e fatores de risco.

O tipo de terapia indicado para a infecção viral se faz indispensável em consequência da gravidade da doença. Todos os enfermos que exibirem sintomas como febre associada a tosse e/ou dor de garganta em menos de 48 horas, devem ser classificados para terapêutica específica em combate à influenza pandêmica, com exceção para casos críticos, quando necessitam receber medicação inclusive em pacientes que manifestaram sintomas há mais tempo (CARNEIRO et al. 2010).

Dra. Cíntia Magalhães Carvalho Grion, (médica paranaense, especializada em Medicina Intensiva) em palestra no XIX CBMI – Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva, realizado em 2014, explanou aos médicos que tem intensão em tratar caso da *Influenza A H1N1*, que devem, atenciosamente, acompanhar os estudos desenvolvidos acerca do tratamento da patologia, em particular os casos de resistência ao uso dos medicamentos *a adamantanos* e *ao oseltamivir* – drogas que tem apresentado melhor resposta no tratamento e que deverão ser as mais utilizadas em intervenções na próxima pandemia. Ainda relata que depois da pandemia de 2009, foram desenvolvidos vários

estudos que apontaram que quanto antes for iniciada a terapia com *oseltamivir*, melhor será a resposta terapêutica exibida pelo paciente (ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA, 2014).

A pandemia de *Influenza A H1N1* avançou em escala global compelindo à população a praticar planos de controle e prevenção que até então não eram detentores de grande atenção. A situação se tornou mais grave em razão da falta de replicação no que se refere à comprovação dos casos suspeitos, gerando, assim, incerteza na classe médica, entre os doentes e familiares. No ano de 2010, foi possível analisar significativa queda no número de casos de gripe e das taxas de morbidade e mortalidade, em especial por conta da vacinação. Porém, não se pode ignorar que em todos os casos de gripe, deve-se haver o tratamento precoce com antiviral, como única possibilidade exequível para reduzir a chance de complicações relacionadas (CARNEIRO et al., 2010).

## 2.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Ao se falar de “Comunicação em Saúde” é importante entender o significado de comunicação. O que se reconhece por comunicação é amplo. Tal conceito parte desde o feito de comunicar em si até a representação de um campo de estudo, percorrendo diversas outras definições. Para mais, o acontecimento da comunicação é um dos pontos mais estimulantes e tem sido dissertado durante as eras por múltiplas disciplinas, dentre elas a antropologia, a psicologia, a sociologia, a filosofia e a cibernética (CORREIA, 2009).

Tattersall (2006) aponta que a comunicação se originou a partir da necessidade dos indivíduos se fazerem entender. A fala não se mostrava suficiente e a humanidade necessitava de outro tipo de linguagem, que pudesse ser registrado e disponível àqueles que tivessem necessidade de consultar futuramente o que foi dito.

Tal experiência necessitava de características fundamentais como a duração, a profundidade e a acessibilidade para permitir que os indivíduos capazes de praticar a leitura, pudessem ler, reler, refletir e explorar o que fosse gerado e registrado. Assim nasceu a escrita.

Quando se deu o desenvolvimento da impressão, uma grande quantidade de livros passou a ser produzida. Monteiro (2009) salienta que esse fenômeno alterou a estrutura social da época, pois escribas, padres, elites políticas e eruditos eram os

detentores do poder social e, com este advento, passaram a ter preocupações, já que a escrita e da leitura deixavam de fazer parte de um monopólio, permitindo a disseminação da alfabetização de forma acelerada.

A função principal da comunicação é conduzir a informação. Ela é caracterizada como um processo social indispensável, que pode ocorrer por diversos meios, dentre eles, a palavra falada, sinais, gestos, imagens, impressão e outros signos e símbolos que o ser humano se apropria para propagar significados e valores a outros sujeitos, possibilitando, dessa forma, que os grupos e das sociedades aconteçam. Não se pode deixar de salientar que um dos princípios básicos da Teoria Geral da Comunicação aponta que se o receptor não souber interpretar os sinais emitidos, os mesmos deixam de ter significado. A partir deste conceito, é imprescindível que o transmissor consiga ser aceito e compreendido pelo receptor, possibilitando, assim que exerça influência em seus sujeitos de destino (SANT'ANNA, 2006).

Ao passo que se passa a compreender a comunicação, é possível inseri-la na Educação em Saúde, obtendo, então, como resultado, a ideia de Comunicação em Saúde, que, segundo Montagner e Montagner (2010), tem se mostrado cada vez mais proeminente e se mostrando como uma maneira apropriada de interagir entre os campos sociais (esferas de relações organizadas, nas quais forças de poderes heterogêneos lutam para modificar ou manter suas convicções). Tendo conhecimento deste pensamento, torna-se viável a análise de que a compreensão hoje do que é Comunicação e Saúde resulta da conformidade de domínios que se apresentam inflexíveis um ao outro, mas que contam com amplo conteúdo precedente em comum.

Um momento que merece destaque durante o processo de institucionalização das atividades de comunicação é o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária, em 1923, que ficou conhecido como Reforma Carlos Chaga. O objetivo desta atividade era prover oportunidades para ações que com a intensão de que a população aceitasse às medidas de auxílio, sugeridas pelas autoridades sanitárias da época, apresentando por focos centrais, a higiene pessoal e pública e a saúde de crianças e mulheres gestantes (CARDOSO; ARAÚJO, 2016).

A partir da Reforma Carlos Chagas, a comunicação passou por momentos sociais, políticos e sanitários e decorreu de maneira distinta com o processo de saúde-doença, tendo por intensão fazer parte das atividades de saúde, especialmente

àquelas que tinham relação com ações preventivas – manifestação que ficou reputada como a luta contra a “ignorância”.

Ainda falando sobre a utilização da comunicação como forma de difusão de conhecimento, Ribeiro, Cruz e Maríngolo (2013) apresentam o conceito de que é genuíno se apropriar de técnicas voltadas à captação da atenção dos sujeitos de determinado grupo, com a finalidade de simplificar a transmissão de conhecimento, se valendo de componentes da cultura da sociedade em questão. Com o intento de minimizar a distância de conhecimento presente entre partes da sociedade – que compreendem, que não compreendem ou que compreendem pouco sobre o determinado assunto – apresenta-se uma inquietação acerca da passagem da informação que não incorpora somente processo intelectual, mas também, as perspectivas éticas, políticas e sociais, confirmando, assim, a necessidade e importância da utilização desse canal como aliado na Educação em Saúde.

Os autores ainda salientam que para a Comunicação em Saúde atingir com sucesso seu objetivo de difundir a informação de forma abrangente ao público que se destina, precisa ser compreendida de maneira integralizada, levado em conta os sujeitos em sua esfera geral, considerando suas dificuldades e desejos, e não somente como distribuidora de informações cinzeladas, repletas de termos técnicos. Nesse processo, os indivíduos devem ser intérpretes principais, habilitados para assimilar toda a dinâmica do sistema de saúde e capazes de desfruir das informações recebidas, de modo que propiciem o alcance e cumprimento de seus direitos. Dessa forma, faz-se necessário que a comunicação seja difundida de forma compreensível ao público a que se destina. As características dos sujeitos que se pretende atingir devem ser levantadas e toda a informação deve ser desenvolvida de maneira que possa ser recebida e interpretada com facilidade pelos mesmos.

O Ministério da Saúde tem se preocupado em organizar campanhas preventivas para os mais diversos tipos de enfermidade e situações que dizem respeito a questões relacionadas a saúde, priorizando aquelas que se configuram como epidemias sazonais e endemias com maior número de pessoas atingidas. São confeccionados certos tipos de materiais, em sua maioria, com a intensão de alertar a população em relação, principalmente, a prevenção, sintomas e tratamento de doenças, como pode ser visto nas Figuras 4, 5 e 6. Campanhas de incentivo, como vacinação, aleitamento materno e doação de órgãos também são desenvolvidas, como pode ser observado nas Figuras 7, 8 e 9.

**Figura 3:** Cartaz da campanha preventiva contra hanseníase, verminose e tracoma, veiculada em 2016 e 2017

**HANSENÍASE, VERMINOSES E TRACOMA**

**TÊM CURA**

**EM CASA OU NA ESCOLA, SEMPRE É HORA DE PREVENIR E TRATAR.**

**Proteja-se! Fique de olho nos sinais e sintomas abaixo:**

<p><b>Hanseníase</b> Manchas ou placas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas, caroços e áreas do corpo com alteração de sensibilidade e/ou comprometimento de nervos.</p>	<p><b>Verminoses</b> Dores abdominais, diarreia, anemia, perda de peso, palidez excessiva, barriga grande e sangramento intestinal.</p>	<p><b>Esquistossomose</b> A maioria dos casos não apresenta sintomas. Pode ocorrer febre, dor abdominal, falta de apetite, diarreia ou prisão de ventre.</p>	<p><b>Tracoma</b> Pode ocorrer coceira nos olhos, lacrimejamento, irritação, ardor, intolerância à luz e sensação de areia nos olhos. Alguns casos podem não apresentar sintomas.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Em caso de dúvida, procure uma Unidade de Saúde.**

**TeleHansen 0800 026 2001**

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

SISTEMA DE SAÚDE

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Figura 4: Outdoor da campanha Zika Zero, veiculada em 2016

**UM MOSQUITO NÃO É MAIS FORTE QUE UM PAÍS INTEIRO.**

Mobilize sua família e elimine a água parada.

Participação voluntária de Drauzio Varella.

#ZIKAZERO

136

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: Ministério da Saúde (2016)

Figura 5: Faixa da campanha de prevenção a tuberculose, veiculada em 2017

#TBtemCura  
saude.gov.br

**A TUBERCULOSE TEM CURA. PARA ISSO, O TRATAMENTO PRECISA SER FEITO ATÉ O FIM. Família, amigos e profissionais de saúde, vamos vencer essa doença.**

Tosse por mais de três semanas pode ser tuberculose. Procure uma Unidade de Saúde.

*Todos juntos contra a*  
**TUBERCULOSE**

136

SUS + MINISTÉRIO DA SAÚDE

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Figura 6: Filipeta da campanha de atualização da caderneta de vacinação, veiculada em 2017

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

Figura 7: Folder da campanha de incentivo ao aleitamento materno, veiculada em 2017

Fonte: Ministério da Saúde (2017)



**Figura 8:** Anúncio de página simples da campanha de incentivo a doação de órgãos, veiculada em 2017

*A Hora de Lembrar*

#DoeOrgãos

[/DoacaoDeOrgaosMS](#)  
[/minsauade](#)  
[/MinSaudeBR](#)  
[/minsauade](#)

Assista ao filme e compartilhe  
 SAUDE.GOV.BR/DOEORGAOS

Chega uma hora que só uma boa lembrança pode realizar  
 a sua vontade de ser **doador de órgãos**.

*Família, quem você ama pode salvar vidas.  
 Para ser doador de órgãos, lembre-se de avisar a sua família.*

Fonte: Ministério da Saúde (2017)

## 2.3 TERCEIRA IDADE

A Política Nacional do Idoso (PNI) – Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 – e o Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 – definem “Idoso” como pessoa com 60 anos de vida ou mais. Já a Organização Mundial da Saúde (2015), define que o indivíduo é considerado idoso com 60 anos ou mais, em países em desenvolvimento e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos.

Em todo o mundo, tem-se notado que o fenômeno do envelhecimento das populações tem ocorrido de forma mais acelerada e isso tem provocado significativas consequências na sociedade, além de grande impacto nos sistemas de saúde. Juntamente a isso, certos estereótipos comuns acerca do estilo de vida e da saúde do idoso, passam a ser obsoletos e têm sido substituídos por novos conceitos e formas mais modernas de organização da sociedade.

Conforme as informações publicadas no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde, divulgado pela OMS (2015), pode-se notar que a expectativa de vida dos indivíduos cresceu de forma significativa, ao passo que se afirma que “uma criança nascida em 2015 no Brasil, pode esperar viver 20 anos mais que uma criança nascida há 50 anos”. Ainda de acordo com o relatório, é possível analisar que a quantidade de pessoas com mais de 60 anos, provavelmente crescerá ainda muito mais rápido que a média mundial.

No Brasil, as taxas de crescimento da população de terceira idade se mostram ainda mais intensas, enquanto o número de idosos vai duplicar até o ano de 2050 no mundo, ela quase triplicará no Brasil, sendo este número igual ou maior ao de crianças e jovens entre 0 e 15 anos fato relevante em todo mundo. Atualmente, a porcentagem de idosos no país é de 12,5% de idosos, e deve chegar aos 30% até a metade do século, ocupando o 6º lugar no mundo em número de longevos. Dessa forma, em pouco tempo o Brasil poderá ser considerados uma “nação envelhecida”. (BRASILb, 2012).

O mundo tem vivenciado grandes avanços na longevidade. Em 1950-1955, a expectativa de vida ao nascer era de 66 anos nas regiões mais desenvolvidas e de apenas 42 anos nas regiões menos desenvolvidas. Já nos anos de 2010-2015, a expectativa de vida é de 78 anos e 67 anos, respectivamente. A esperança de vida aos 60 anos varia significativamente entre as regiões de desenvolvimento (UNITED NATIONS, 2012).

Segundo a United Nations (2012), na publicação do material “*Population Ageing and Development*”, no ano de 2012 já havia aproximadamente 810 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e a previsão é de que daqui quarenta anos, esse número chegue a 2 bilhões.

Historicamente, a população de pessoas idosas no mundo, sempre foi pequena em comparação a população adultos mais jovens ou crianças. Como uma consequência do envelhecimento da população, prevê-se que, em 2070, o grupo das pessoas mais velhas superará a mais jovem. Dessa forma, pela primeira vez na história da humanidade, os idosos serão mais numerosos que a população de jovens adultos e crianças de 0 a 14 anos (UNITED NATIONS, 2012).

A própria população mais velha está envelhecendo. Atualmente, a parcela com mais anos de vida da população idosa (com idade de 80 anos ou mais) é responsável por 14 por cento da população de indivíduos com 60 anos ou mais. Os “velhos mais velhos”, como denomina a UN (2012) são o segmento etário da população idosa que apresenta crescimento mais rápido. Ainda em prospecção para 2050, pode-se estimar que 20 por cento da população da terceira idade, terá 80 anos ou mais. O número de centenários (idade 100 anos ou mais) está crescendo ainda mais rápido, e está projetado para aumentar dez vezes, de, aproximadamente 343.000 em 2012, para 3,2 milhões em 2050.

Cada vez mais, as pessoas mais velhas têm sido encaradas como colaboradores para o desenvolvimento da nação e suas competências para melhorar suas vidas e a sociedade em que estão inseridos, devem ser convertidas em políticas e programas em todos os níveis.

A maior longevidade dos indivíduos no Brasil e o envelhecimento dos cidadãos idosos são, seguramente, uma recente incitação que elucida compreensões de vida correntes. Ao contrário do que era considerado outrora, a maioria dos sujeitos da terceira idade não são frágeis e apresentam condições físicas adequadas que os possibilita desenvolver incumbências cotidianas, além de contribuírem com suas famílias.

O envelhecimento é um direito do cidadão e a sua defesa, um direito social. Cabe ao Estado a garantia da proteção à vida e à saúde do idoso por intermédio do cumprimento de políticas públicas que possibilitem um envelhecimento salutar digno. A preservação desses direitos foi estabelecida na legislação com a implantação do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 –, visto como um dos mais importantes trunfos da população idosa brasileira (BRASILa, 2012).

## 2.4 EDUCAÇÃO

A intensão de transmitir qualquer tipo de informação a outrem – como se pretende com o desenvolvimento deste estudo – tem como base fundamental os princípios do sentido primordial da Educação, que compreende os meios de ensinar e aprender. Em toda sociedade é possível verificar o acontecimento da educação, bem como nas associações características, incumbidas de sua preservação, imortalização, suas mudanças e progresso da sociedade por meio da administração do conhecimento às massas que irrompem. Os reflexos da educação também se mostram nas maneiras culturais de ser, estar e agir, elementos essenciais à vida comum e a harmonia de um elemento em seu grupo. De forma inteligível, pode ser compreendida como uma ordem de sociabilização que objetiva uma incorporação maior do sujeito na sociedade ou em determinada comunidade.

Na esfera da socialização, a educação é praticada em múltiplos espaços de coexistência social, tanto para adaptação do sujeito à sociedade ou ao grupo quanto dos grupos à sociedade. Nessa perspectiva, educação condiz com as concepções da socialização e da endoculturação.

Seguindo o pensamento do filósofo e sociólogo Émile Durkheim, filósofo positivista e sistematizador da sociologia no século XIX, o termo socialização é designado por ele como um método de aprendizado que se embasa na incorporação de costumes próprios de seu grupo social. Simboliza todo o método pelo qual um sujeito passa a se tornar componente prático de uma comunidade, apropriando-se da cultura dessa comunidade (DOURADO, 2012).

Consoante ao conteúdo da obra de Filloux (2010), que aborda o pensamento de Durkheim, a socialização deve ser percebida como um sistema constante que em nenhum momento chega ao fim, consolidando-se por meio da comunicação e mostrando-se, a princípio, como replicação de costumes do grupo por parte do indivíduo para se fazer mais civilizado. É a metodologia ao longo da qual o ser se aproxima do grupo em que nasceu, passando a ter os costumes e qualidades característicos dessa comunidade. Desta forma, por intermédio do processo de adquirir conhecimento social, o indivíduo tem a oportunidade de esculpir sua personalidade e ser aceito no grupo, evoluindo de um ser biológico para um ser social.

Tal método coincide com a necessidade de toda sociedade de garantir a sustentação de sua situação de vivência e de sua perpetuidade. Tem início ao nascer

e se estende através, dos familiares, escola, meios de comunicação de massas e dos grupos tidos como modelo, normalmente integrado por cantores, atores, atletas, super-heróis, dentre outros. Porém, é na escola que os conceitos da sociedade são estruturados, fazendo da mesma o epicentro da contiguidade social, no que diz respeito aos valores e diretrizes e dos saberes. Com isto, concebe a educação como uma ferramenta veemente para a composição gradual de uma moral coletiva, crucial para a sequência da sociedade (LUCENA, 2010).

É assim que em seu livro “Educação e Sociologia”, Durkheim (1952) declara que a atuação das ocorrências dos fatos sobre os homens é distinta da que deriva dos próprios homens. A atitude dos componentes de uma geração em relação aos outros, é díspar da que os membros maduros operam sobre as crianças e adolescentes. E é esta relação, que o sociólogo denomina Educação, tendo por objeto fomentar e amplificar no jovem, situações físicas, intelectuais e morais, que necessitam dela, significando que a educação se fundamenta na sociabilização ordenada da geração jovem.

Partindo para concepção da endoculturação (processo perene de aprendizado de uma cultura que tem princípio com a absorção de princípios e conhecimentos desde a origem de um ser e que se conclui com a morte.), é possível percebê-la como um processo cultural antropológico perdurável de aquisição de conhecimento de uma cultura por meio do qual os sujeitos descobrem a forma de vida da sociedade a qual pertencem, obtêm e absorvem valores, normas, símbolos, crenças e conhecimentos do sistema. É a maneira estruturada que adequa o comportamento e dá estabilidade à cultura. Por meio da endoculturação se dá a transmissão da cultura. Este processo de aprendizagem é perene, tem início na infância, entreposto pela família e por amigos e, posteriormente, por membros do convívio na escola, na religião, clube, trabalho, e de diversos outros grupos sociais que podem fazer parte da existência do indivíduo, se completando apenas com a morte (ASSIS; NEPOMUCENO, 2008).

Este processo social ocorre de maneira regular, quando aflui por intermédio de dispositivos e entidades que façam uso de métodos convencionais para a transferência do conhecimento e de forma não organizada, quando os membros contraem o conhecimento com base em práticas rotineiras, sem que uma definição institucional do ensino seja apresentada. Indivíduos de, por exemplo, raças distintas, apresentam condutas diferentes, não em decorrência de transferência genética ou do meio que habitam, mas sim, pela educação particularizada que cada um teve. Dessa

forma, a cultura pode ser definida pela dissemelhança de comportamento dos seres humanos, através de cada costume obtido pelo indivíduo durante o tempo em que é componente de uma sociedade (OLIVEIRA, 2016).

De acordo com Oliveira (2016), a educação não se limita a esses dois conceitos que acabam de ser apresentados. A prática formal da educação, que ocorre nas escolas, acontece de forma proposital e com fins precisos. A manifestação da educação escolar é correlacionada ao advento das escolas e das políticas educacionais praticadas pelos estados e pelo Governo. O pensamento da educação escolar emerge para diferenciá-la do processo de educação, ao passo que este não acontece, absolutamente, de forma institucionalizada. O discernimento entre as situações se manifesta a partir da assimilação de que a escola é um recinto de transferência de uma determinada cultura específica, a denominada cultura escolar.

De acordo com a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) (2010), a educação também opera para além da esfera institucional das escolas e penetra em outras concepções determinadas como educação não formal – aquela que acontece exteriormente do sistema formal de ensino, fazendo-se complementar a este. É um recurso estruturado, que, correntemente não tem os resultados do aprendizado classificados fundamentalmente – e educação informal – ordem através da qual os indivíduos contraem e concentram conhecimentos ao longo de suas práticas diárias e da sua conexão com o meio, ao longo de toda sua vida. Apresenta associação com um modo não-institucionalizado de passagem de determinados saberes, nomeadamente como as tradições culturais e os hábitos característicos das distintas comunidades vigentes em cada sociedade.

Com o início das Conferências Internacionais de Educação de Adultos (CONFINTEA) a educação não formal passou a ser entendida como todo e qualquer método de ensino e aprendizagem decorrido por meio de uma ação intencional educativa, mas que não visa por objetivo o alcance de graus ou títulos, fazendo-se corrente em ordens sociais com perspectiva a atuação democrática (UNESCO, 2010).

No Brasil, a educação é regulamentada pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento da Educação Básica e pelo Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Fundamental e de Valorização do Magistério (BRANDÃO, 1995).

O país conta com o Plano de Desenvolvimento da Educação (PDE), que consiste em um síncrono de programas que visa melhorar a educação brasileira. Tem

por fundamento todas as ações do Ministério da Educação (MEC) e como prioridade central a Educação Básica, que é composta pela Educação Infantil, o Ensino Fundamental e o Ensino Médio. Com o PDE o Ministério da Educação tem a intenção de apresentar tudo o que acontece no ambiente escolar e fora dele. A intenção das resoluções do MEC é adentrar às salas de aula para alcançar a qualidade que se deseja para a educação brasileira (CURY, 2002).

Tratando novamente a educação em sua esfera global, Demo (1999), filósofo e sociólogo, defensor da pesquisa associada à educação, aponta que, a relação mais forte da educação com o desenvolvimento, passa ainda pela temática da qualidade política, isto é, pela mestria humana de se mostrar ser capacitado de da rumo a sua própria história. O confronto supremo que a educação pode desenvolver é em oposição a pobreza política, no que diz respeito a consolidar a cidadania crítica e prática visando projetos singulares de progresso. O desconhecimento é a máxima adversidade social que deve ser enfrentada, já que esta opõe-se a possibilidade de cada ser encontrar próprias soluções para as questões cotidianas.

## 2.5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em saúde é um assunto que apresenta complexidade na sua execução em razão dos vários aspectos que a abrangem — filosófico, cultural, político, religioso e social. Não somente, também tem relação entre aspectos teóricos e práticos de um único indivíduo, da coletividade e da sociedade como um todo.

O entendimento de educação em saúde está por completo ligado às definições de educação e de saúde. De forma característica, é assimilada como transferência de conteúdos acerca da saúde, que vem apresentando indícios da sua limitação para ser capaz das diversidades compreendidas no sistema educacional. Pontos de vista analíticos e interativos têm se expandido e entendem a educação em saúde como próspera para atingir a saúde, podendo ser apontada como somatória de atividades educativas de cunho interativo e de independência, que percorre diversas áreas de atuação e apresenta por propósito impactar, informar e motivar para o confronto de episódios particulares e comunitários que afetam a condição humana (BRASIL, 2009 b).

Nessa perspectiva, a educação em saúde não deve ser sintetizada somente como ações práticas com a atribuição de divulgar conhecimento sobre saúde. Deve ser percebida como instrumento indispensável da ascensão da saúde, que precisa da

associação dos suportes pedagógicos que têm por objetivo galgar condições de vida que contribuam à boa saúde.

A fim de que a saúde seja incitada de forma real a partir da operacionalização da educação em saúde – bem como a percepção do assunto, da ideia e das perspectivas que ela compreende – é fundamental a combinação dessa atividade ao conhecimento e à comunicação (BOEHS et al. 2007).

As primeiras noções de acessão da saúde despontaram com o surgimento da educação em saúde, no começo do século XX, a contar da análise da variação dos dados sobre convalescenças consequentes de atividades educativas efetuadas por “higienistas” daquele tempo (ENRIA; STAFOLANI, 2010, p. 173).

Ainda que, naquela época, a educação em saúde apresentasse especificidades mais abrangentes, era vista como um dos meios fundamentais para a realização da promoção da saúde, cooperando com a evolução do compromisso pessoal e com a precaução das enfermidades. Nessa perspectiva, o ensino apresenta relevância contestada na esfera da promoção da saúde, ocorrendo como meio progressista de hábitos e costumes pessoais, e na evolução da independência e do bem-estar do usuário (LOPES; SARAIVA; XIMENES, 2010).

É importante ter a consciência de que a comunicação ultrapassa toda e qualquer atividade que englobe, sobretudo, recursos educativos, eloquentes, e de atuação social. A função primordial da informação é colaborar na seleção de atitudes para o avanço da cultura de saúde e da popularização das informações (BUSS, 1999)

As temáticas relacionadas à educação na saúde estão contidas em uma lista de deveres diretamente envolvidos no atendimento às necessidades dos cidadãos do sistema. Para executá-los, o Ministério da Saúde se preocupa em desenvolver, no decurso do tempo, diversas estratégias e políticas com a finalidade de ajustar a formação e qualificação dos sujeitos que trabalham na área da saúde, às carências de saúde da população e a evolução do SUS (BRASIL, 2009 b).

Como uma de suas promessas, o SUS tem a imposição perene de estimular a evolução das Políticas de Desenvolvimento para os trabalhadores que unem sua situação real, sugerindo para tal um método perdurável de aprendizado pelo trabalho, prolongando oportunidades de estruturação e desestruturação de novos valores, modelos e conflitos para gerar alterações de práticas, de administração e de atuação social (MONTENEGRO, 2010).



É valoroso destacar que as práticas educativas em saúde, para além do preparo permanente dos profissionais para trabalhar nesse contexto, apresenta como estrutura principal a proporção da evolução das habilidades individuais e coletivas tendo em vista o aperfeiçoamento da qualidade de vida e saúde do corpo social, tendo por origem norteadora a Política Nacional de Promoção da Saúde, de acordo com as orientações previamente acordadas na Carta de Otawa, acentuando que a educação e a saúde são atividades sociais inerentes e interdependentes que a todo tempo, se mostraram estruturadas, tornando-se partes indispensáveis no processo de trabalho dos profissionais da saúde (BUSS, 1999).

Os conceitos de educação e saúde, atrelados a ações de políticas públicas saudáveis, seguiram, ao longo do tempo, se moldando às necessidades da população e foram, então, reunidos na, anteriormente citada, Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que apresenta por finalidade a promoção da qualidade de vida por meio da manifestação em segmentos sociais diversificados, tais como habitação, educação, trabalho, cultura e lazer. A promoção da saúde contribui para a prosperidade pessoal e social por intermédio da propagação de informações, educação em saúde e aumento das capacidades vitais (BRASIL, 2010, p. 17).

Analisando de forma crítica a educação em saúde, ao longo das últimas décadas, é possível observar um avanço admirável e uma próspera reorientação das considerações teóricas e metodológicas presentes nesta área de estudo. Não obstante, nota-se que tais reflexões não têm sido vertidas em ações educativas tangíveis, ao passo que as últimas não evoluem na mesma toada e permanecem fazendo uso princípios e táticas dos modelos teóricos da psicologia comportamental, provocando um grande abismo entre prática e teoria. À medida que a prática segue traçada em conceitos behavioristas e deterministas, a teoria afirma ultrapassagem dessas visões em desvantagem de um tratamento da doença de forma mais condescendente e interpretativa. Partindo desta ideia, vale ressaltar o desenvolvimento das referências teóricas disponíveis à mestres e outros educadores, apesar de que este mesmo não seja mencionado como alteração destas partes para a realização e o conceber sensíveis da pedagogia (GAZZINELLI et al. 2005).

Em grande parte das situações, a manifestação da educação tem por base o conceito de ser possível para saúde, levando em conta a maneira como são idealizados os esquemas na área. De maneira geral, esses projetos são direcionados para populações socialmente mais carentes. O primórdio de educar para saúde inicia-

se com a ideia de que diversas adversidades de saúde resultam da precariedade da situação educacional da massa, necessitando, assim, adotar métodos de correção e/ou educativos (BRASIL, 2009 a).

Deste modo, essa concepção conduziu ao uso, na prática pedagógica em saúde, de técnicas relacionadas à noção de que a captação de saber estabelecida sempre caminha para a obtenção de novos desempenhos e condutas. Dito isto, condutas que são consideradas impróprias diante da promoção da saúde, podem ser, dessa forma, compreendidas como resultantes de uma falha cultural e cognitiva, cuja suplantação pode ocorrer mediante saberes e informações científicos originários da parte externa. No momento em que a correspondência direta entre saber instaurado e atitude ocorre, na maior parte dos casos, a educação passa a ser normativa, que tem por preceito a ideia de que um indivíduo, que não o sujeito, sabe, sem distinção, o que é propício para ele e para todos (GASTALDO, 1997).

Na análise de Heidemann (2010), Paulo Freire, com sua ideologia de pedagogia libertadora, sugere a autonomia e a autossuficiência do indivíduo, apresentando como proposição inicial a alfabetização de jovens e adultos e, pouco a pouco, foi sendo empregada e vista como uma estrutura respeitável para aperfeiçoar a promoção da saúde. Esta proposta pedagógica libertadora e problematizadora transcende as fronteiras da educação e passa a ser captada também, como uma maneira de perceber o mundo, ponderar sobre esta percepção e alcança-la, metamorfoseando-a pela ação consciente. Acompanhando esse raciocínio, a ligação entre educação em saúde e a pedagogia libertadora provém de uma interlocução horizontal entre usuários e profissionais e colabora com a idealização da autonomia do indivíduo para a prosperidade da saúde individual e coletiva.

## 2.6 TIPOLOGIAS DE MÍDIA

O universo da publicidade e propaganda está cada vez mais abarrotado de mensagens e anúncios. A cada dia anúncios e informações são introduzido aos mais diversos tipos de mídia no intuito de que a sociedade passe a ter consciência dos mesmos. Porém, em virtude da crescente cifra de mensagens disseminadas todos os dias, muitas dessas mídias podem vir a passar despercebidas. Para que tal situação

não se consolide, procura-se, progressivamente, possibilidades para expor um conteúdo de modo a capturar a atenção do público para a qual se destina.

A Mídia é uma atividade que engloba diversos procedimentos vinculados a utilização dos meios de comunicação com a finalidade de divulgar uma mensagem. Estes sistemas incluem técnicas específicas e criatividade para fazer com que os meios sejam aplicados de forma competente. Os desenvolvedores da comunicação procuram, a todo momento, descobrir respostas pertinentes, ousadas e diversificadas para realizarem a comunicação com seus públicos de interesse (VESTERGAARD; SCHRODER, 2004).

Conforme Kotler e Armstrong (2003), as mensagens publicitárias necessitam de um planejamento detalhista e precisam se apresentar de uma maneira mais criativa e cativante para envolver o receptor com a comunicação.

Para Keller e Kotler (2006), a propaganda deve ser categorizada conforme sua finalidade, que pode ser: informar, persuadir, lembrar ou ainda reforçar determinada informação. Posteriormente, devem ser definidas as tipologias de mídias que serão consideradas as melhores para atingir os objetivos da campanha para que seja, então, estipulado quanto deve ser investido financeiramente e de que forma será feita a avaliação do programa. O procedimento de progressão de um projeto de propaganda engloba cinco passos: a definição dos objetivos da comunicação; a determinação de um orçamento; a designação da mensagem e da tática criativa; a escolha da melhor mídia e a consideração da comunicação e dos resultados da propaganda.

Ao falarmos de mídia, estamos nos referindo ao canal pelo qual a informação será transmitida ao público-alvo. As múltiplas tipologias de mídia existentes na área publicitária podem ser fragmentadas em três grupos clássicos: mídia impressa, rádio e TV, que condizem com a evolução da tecnologia da informação (escrita → som → imagem). Segmentando as produções midiáticas, de uma forma mais detalhista, podemos estabelecer os conjuntos visuais, que abrangem as mídias impressas, tais como outdoor, jornal, revista, catálogo, cartilha, folder, livreto; os auditivos, referentes ao som, que englobam rádio, telefone, carros de som; e os audiovisuais que unem as tecnologias de imagem e som para exibir mensagens, como no caso da televisão e da internet. Todos esses conglomerados de meios de comunicação têm por objetivo estimular os múltiplos sentidos do consumidor a fim de conquistá-lo (DORDOR, 2007).

Para que a mensagem seja passada com qualidade, por meio da mídia corretamente escolhida, é fundamental compreender como o processo da comunicação se realiza. Não é somente uma questão de se explorar cada tipo

diferente de comunicação, mas sim, discernir determinados pontos em comuns entre elas, a maneira como se associam e acontecem em atmosferas e circunstâncias distintas (RIBEIRO, 2017).

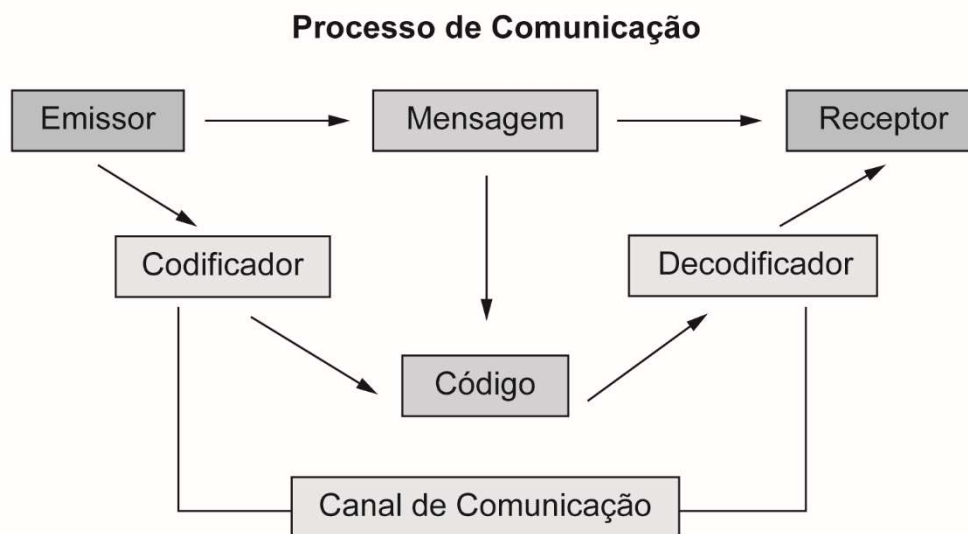
Segundo Berlo (2003), o processo de comunicação apresenta alguns elementos fundamentais. De acordo com seu paradigma, toda comunicação relativa ao homem provém de uma fonte, um ser ou um grupo de indivíduos que apresentam um propósito, para dar importância à comunicação. Toda comunicação parte de uma fonte, denominada, no processo de comunicação, emissor, que tem por intenção transmitir algo. Ao passo que exista uma origem, com conceitos, finalidade e um objetivo a comunicar, faz-se indispensável ao processo a existência da mensagem, meio pela qual o objetivo será expressado pelo emissor. Ao que se refere à comunicação entre seres humanos, a mensagem se apresenta de forma física, sendo ela a interpretação de ideias em um somatório de signos organizados.

Para realizar a tradução dos objetivos do emissor em código, apresenta-se o codificador que tem por incumbência transformar as ideias do emissor em um código, manifestando o objetivo da fonte no formato de mensagem. E para realizar o intermédio entre o condutor e a mensagem, existem os canais (BERLO, 2003).

O indivíduo que se encontra do lado oposto ao emissor no canal é nomeado receptor da comunicação e esse é o verdadeiro o objeto da comunicação.

Ao passo que o emissor necessita do codificador para representar seus objetivos em forma de mensagem, para manifestar seu objetivo em um código, o receptor demanda a utilidade de um decodificador para verter a mensagem e compreendê-la de alguma maneira que possa usá-la.

A Figura 10 apresenta um diagrama que ilustra o processo de comunicação baseado no paradigma de Berlo.

**Figura 9:** Diagrama do processo de comunicação

**Fonte:** Autora

O conceito e o entendimento são elementos significantes da comunicação. É função do emissor averiguar se o sentido da sua ideia foi corretamente entendido pelo receptor. Já este, no que lhe diz respeito, responde ao conjunto tendo-se doravante amplas perspectivas de um processo de comunicação vantajoso. Expondo de uma outra forma, pode-se dizer que o quando o receptor replica ao emissor o que compreendeu da sua mensagem está agregando qualidade ao processo e promovendo a comunicação (RIBEIRO, 2017).

Desde seu surgimento, em meados do século XIX, a Comunicação de Massa passou a destruir os focos de separação entre as pessoas e render transformações relevantes na ordenação e no andamento da coletividade, simbolizando uma renovação nas mais diversas áreas sociais, tais como comércio, política, educação e até mesmo na civilidade (McQUAIL, 2003).

O processo da comunicação de massa e a mídia são atividades convencionais e recorrentes do complexo social que têm bons resultados. As relações sociais não abalam somente os feitos do dia a dia da sociedade, bem como afetam o modo pelo qual as pessoas usam a mídia no seu cotidiano, gerando relevância para a sociedade de forma geral. Por resultado, pode-se dizer que a comunicação de massa pode ser associada aos elementos necessários à organização social, sem os quais a sociedade moderna, consoante ao que conhecemos, não teria capacidade de perseverar (DEFLEUR; BALL-ROCKEACH, 1989).

Para Sant'Anna (2006), a estratégia elaborada para a decisão de escolha da mídia, tem o intuito de assegurar a transmissão que proporcionará a melhor relação entre o investimento e a eficácia ao cumprir com sua intenção perante o consumidor, propiciando maior retorno segundo o alvo da campanha publicitária.

Em seu livro “Administração de Marketing”, Keller e Kotler (2006), salientam que o responsável por escolher os tipos de mídia para veiculação da propaganda necessita conhecer o potencial dos principais tipos de mídia. Os diferentes meios de difusão de informação apresentam características positivas e desvantagens que devem ser levadas em conta no momento da escolha das melhores opções para a propagação de conteúdo. Na obra, salientam o perfil dos principais tipos de mídia, como pode ser visto na Quadro 2:

**Quadro 2:** Principais tipos de mídia para veiculação de propaganda

<b>Mídia</b>	<b>Pontos positivos</b>	<b>Pontos negativos</b>
<b>Jornais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versatilidade</li> <li>- Boa cobertura de mercado local</li> <li>- Aceitação ampla</li> <li>- Alta credibilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vida curta</li> <li>- Baixo nível de qualidade de reprodução</li> <li>- Pequeno público circulante</li> </ul>
<b>Televisão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Combinação de visão, som e movimento</li> <li>- Apelo aos sentidos</li> <li>- Alta repetição</li> <li>- Alta cobertura</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Custo alto</li> <li>- Exposição transitória</li> <li>- Menor grau de seletividade do público</li> </ul>
<b>Mala direta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seletividade de público</li> <li>- Versatilidade</li> <li>- Ausência de concorrência dentro do mesmo veículo</li> <li>- Personalização</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Custo relativamente alto,</li> <li>- Cultura popular de 'correspondência inútil'</li> </ul>
<b>Rádio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Uso em massa</li> <li>- Alto grau de seletividade geográfica e demográfica</li> <li>- Custo baixo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação sonora apenas</li> <li>- Tarifas não tabeladas</li> <li>- Exposição transitória</li> </ul>
<b>Revistas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alto grau de seletividade geográfica e demográfica</li> <li>- Credibilidade e prestígio</li> <li>- Alta qualidade de reprodução</li> <li>- Longa vida</li> <li>- Boa circulação de leitores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O espaço precisa ser comprado com muita antecedência</li> <li>- Certo desperdício de circulação</li> <li>- Sem garantia de posição</li> </ul>

<b>Outdoor</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versatilidade</li> <li>- Alto grau de repetição de exposição</li> <li>- Baixo custo</li> <li>- Baixa concorrência</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Seletividade de público limitada</li> <li>- Limitações criativas</li> </ul>
<b>Cartilha/ Folder</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Versatilidade</li> <li>- Controle total</li> <li>- Mensagens de maior impacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A produção excessiva pode levar ao descontrole dos custos</li> </ul>
<b>Internet</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alta seletividade</li> <li>- Possibilidades interativas</li> <li>- Custo relativamente baixo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Veículo relativamente novo, com um pequeno número de usuários em alguns países</li> </ul>

**Fonte:** Adaptado pela autora da obra de Keller e Kotler, (2006).

Outros fatores ainda devem ser considerados no momento de escolha da mídia, como sinalizam Etzer, Walker e Stanton (2001), pois afetam o resultado final da campanha. São eles: a intenção do anúncio; a abrangência da audiência que se pretende atingir; as imposições da mensagem; e o instante e localização da decisão de compra (ETZER; WALKER; STANTON 2001).

Partindo do pensamento de Platão, não se pode desconsiderar que qualquer que seja o método empregado para alcançar uma descrição de um objeto, circunstância ou posição de coisas, subsiste a questão de fazer uso desse significado sensatamente. De tal modo, isto apresenta-se como uma questão primeiramente social a psicológica. É uma temática de anuência coletiva a respeito das normas que associam conceitos e seus significados (DEFLEUR; BALL-ROCKEACH, 1989).

## 2.7 CONSTRUÇÃO DE UMA MÍDIA IMPRESSA

A temática primordial a respeito da criação de materiais publicitários é a multiplicidade de variáveis que sugestiona tanto sua codificação quanto sua decodificação. Provindo do argumento da diversidade do texto publicitário, faz-se fundamental o entendimento da publicidade com caráter representativo que, quando passar a ter contato com os membros da sociedade, passa a estabelecer distintas relações com os mesmos (SILVA, 2007).

A responsabilidade da elaboração visual da ideia criativa é do profissional de propaganda denominado diretor de arte. Sua colocação é propor não apenas as

ingerências simbólicas que estarão presentes na arte, mas similarmente o provável processo de leitura para tal. Faz-se interessante perceber que a totalidade de preferências que o diretor de arte faz no instante da formação da aparência do material, é decisivo para a interpretação do próprio. (SANTAELLA e NÖTH 1999).

O desenvolvimento de toda arte tem início com uma superfície em branco, que tem potencial para ser ocupada tanto com textos, como imagens, cores, símbolos e diversas outras possibilidades, mas, eminentemente, merece ser arranjado, para seu pleno entendimento, com assertividade, clareza e inteligência.

O *layout* tem por base a diagramação do conteúdo que deve estar presente na mídia a ser construída. Diagramar compreende a disposição, constância e organização das questões pertinentes. É fundamental entender que tudo em uma área de arte publicitária tem significado. Não são somente palavras, imagens e ilustrações que apresentam significação. Toda a estruturação das referências no espaço, apresenta sentido e interferência na maneira como o receptor vai auferir a mensagem. Um delineamento bem elaborado tem por exigência expor uma comunicação simples de ser entendida e deleitosa de ser percebida (COLLARO, 2002).

A arte publicitária, quando desenvolvida com a intenção de comunicar, precisa proporcionar respostas progressivas para a adversidade apresentada pela comunicação. Tanto nas perspectivas figuradas, quanto nas finalidades da comunicação, o contexto social e os propósitos estratégico do tema a ser abordado, têm a necessidade de ser avaliados. Interpreta-se que o feito da leitura de um instrumento publicitário pode acontecer de diversas formas. O ser humano tem a capacidade de ler diversos tipos de símbolos – palavras, caracteres, figuras e colorações, dentre outros –, o que torna impossível determinar uma mensuração das fronteiras para os graus de sentido e entendimento dos signos. (HURLBURT, 1986)

Estruturar uma ferramenta publicitária não se baseia unicamente em separar os componentes da peça em um espaço livre. A diagramação do conteúdo consiste em apresentar as informações de forma a fundamentar-se na apuração do que é principal ou do que se espera que o público-alvo tenha primeiro contato. É precisar a continuidade perfeita de leitura do material desenvolvido.

No momento da disposição de elementos, é significativa a compreensão de que imagens são assimiladas de forma geral, ao passo que os textos são contínuos e absorvidos em sequência. Outrossim, o texto é direto, ao passo que as imagens podem ser dúbias. Não obstante, o que lhe é escasso em exatidão. remanesce em



quantidade de informação. Se por uma perspectiva, as imagens são mais implícitas que os textos, por outra, apresentam o benefício de informar maneira imediata e simultânea (VESTERGAARD; SCHRODER, 2004).

No processo de percepção do layout, também há linhas pelas quais o olho humano move-se no sistema de entendimento do projeto e a importância atribuída a cada uma delas intervém no produto final da captação da mensagem (CESAR, 2000).

Separar as informações em uma página de maneira igualitária é um erro cometido por muitos principiantes na área. A disposição de elementos sem espaços em branco ao seu redor é infrutífera, posto que tal arrumação não determina, entre os elementos, a hierarquia necessária à comunicação. As áreas brancas que rodeiam as informações são conhecidas como “respiro” e têm como função principal tornar maior a influência da informação e auxiliar quem lê a alcançar sua relevância. Significa um momento para o receptor aferir o conhecimento e apreender, confrontar ou complementar tal compreensão com os demais elementos apresentados no projeto (WILLIAMNS, 1995).

Outra concepção fundamental no processo de diagramação é o conceito de que os olhos seguem uma rota de costume pela folha. É inerente, em meio a sujeitos de origem cultural judaico-cristã ocidental, que a leitura de páginas se dê da esquerda para a direita e de cima para baixo, diferentemente do que ocorre, por exemplo, no Japão. De tal forma, o material publicitário deve ser desenvolvido tendo-se em mente que olhar do espectador desloca-se espontaneamente com início no topo da página e desce até o final da mesma (VESTERGAARD; SCHRODER, 2004).

Todas as ferramentas impressas gráficas podem ser segmentadas em campos de visualização ou pontos de concentração, e a correta disposição dos elementos gráficos nesses espaços, a fim de valorizar a mensagem aos olhos do leitor, cabe ao diretor de arte.

Guiando-se pelo princípio da *Gestalt* – termo de origem alemã que, de forma livre, pode ser traduzida como figura ou configuração – é possível declarar que as pessoas não captam elementos isolados de uma peça publicitária, mas sim, as associações de reciprocidade das porções dentro do composto, isto é, a comunicação é alcançada a partir da soma das combinações entre as particularidades dos ícones linguísticos e plásticos presentes na arte (GOMES FILHO, 2004).

No momento de elaborar o material publicitário existem alguns fatores que contribuem para uma boa composição gráfica, possibilitando um melhor resultado

referente a intenção da comunicação. É importante que não haja elementos discordantes, que exista uma unidade entre eles. A harmonia também se apresenta como parte indispensável para um layout com bons resultados, consistindo na compensação das partes presentes na comunicação. Acompanhando o mesmo conceito, o equilíbrio, que se mostra como simétrico, dá ênfase à harmonia, a partir de seu conceito austero de que pesos iguais dos dois lados da linha imaginária agradam o olhar dos receptores (CESAR, 2000).

A escolha da tipografia ideal para cada modelo de criação também é item fundamental no desenvolvimento de material publicitário. As fontes são divididas em famílias de acordo com as características presentes no desenho básico das letras. Faz-se interessante ter ciência de que as divisões familiares são fundamentadas em suas origens histórica, o que facilita a compreensão do motivo do desenho de cada fonte.

Apesar de alguns autores apresentarem divisões distintas das famílias de fontes, a que é mais recorrente no meio publicitário é a defendida por John Kane (2002), que divide as fontes em sete famílias:

- Góticas, que apresentam formas fundamentadas nos estilos caligráficos usados para reproduzir livros na época de 1450. Este tipo de fonte é pouco usado atualmente pois são muito rebuscadas e geram dificuldade na sua percepção.
- Romanas, fontes embasadas nas inscrições das ruínas romanas, são letras com serifa (traço que finaliza cada haste de certas letras), tanto na versão de caixa-alta (letras maiúsculas) como em caixa-baixa (letras minúsculas). Expõem a peculiaridade de formar um ângulo arredondado na junção da haste da letra com a serifa. Costuma ser utilizadas em materiais mais extensos com letras em tamanho não muito grande, como livros e jornais, já que as serifas criam uma linha imaginária no texto, facilitando sua leitura.
- Cursivas, estilo de fonte originária da escrita caligráfica italiana, que se assemelha ao desenho da escrita manual. Normalmente utilizadas em títulos mais rebuscados e convites de casamento.
- Latinas, fontes descendentes das Romas, que podem, por algumas vezes, se confundir. Sua diferença é a presença de contraste maior entre as hastes e finalização das mesmas na junção com a serifa em um ângulo. Apresentam mesma aplicabilidade das fontes da família Romana.
- Egípcias, consistem em fontes inspiradas nos hieróglifos esculpido em

pedra no Antigo Egito, com serifas retangulares e evidentes, na maioria das vezes com a mesma espessura das artes.

- *San Serif*, fontes não serifadas, também conhecidas por letras de bastão. Costumam apresentar variação de *bold*, *italic*, *light* e regular. De fácil leitura, são empregadas em blocos mais extensos de texto, nos quais o tamanho da fonte não é muito reduzido.

- Fantasia, são fontes que não possuem perfil para se enquadrar nas famílias anteriormente citadas. Dispõem de características desordenadas e adornadas. Tal tipo de fonte costuma ser utilizado em títulos de campanhas publicitárias.

Uma boa legibilidade do texto resulta não somente do desenho da fonte, mas também do espaço em branco ao seu redor – indispensável para uma boa perspectiva e reconhecimento da mesma –, bem como do tamanho do corpo empregado, espaço entre letras e entre linhas e, inclusive, do tipo de alinhamento que é empregado.

Outra temática que merece atenção na construção de materiais publicitários é a utilização das cores para os fins a que se destinam. Elas funcionam de forma importante no psicológico de cada pessoa. São empregadas para diversos fins, desde estimular e afirmar até acalmar e curar. Quando se trata de cores, a reação das pessoas normalmente se dá de maneira mais emotiva do que racional.

As cores somente existem em função da luz, elas são a sensação exercida pela luz sobre os olhos quando um objeto ou região é iluminada. Sua formação pode se dar por meio de dois processos distintos, o aditivo ou o subtrativo, sendo que cada um deles apresenta suas próprias cores primárias (CESAR, 2006).

Os indivíduos apresentam comportamentos distintos mediante cada cor. Inicialmente, a cor é vista e causa sua impressão na retina. Na sequência, é sentida pelo indivíduo, provocando nele uma determinada emoção. E, por fim, é edificada ao passo que possui valor simbólico (CASAS, 1995).

De acordo com alguns estudos, cada cor carrega consigo um significado que é despertado por quem tem contato com ela. Normalmente determinadas cores podem ser relacionadas a sentimentos definidos, como pode ser visto no quadro 3:

**Quadro 3:** Cores e seus significados na comunicação

<b>Cor</b>	<b>Significado</b>
Amarelo	Conforto, idealismo, espontaneidade, euforia, alegria, expectativa.
Azul	Frio, tranquilidade, afeto, serenidade e credibilidade.
Branco	Paz, pureza, frio, vulnerabilidade, dignidade, divindade, harmonia e inocência.
Cinza	Tédio, tristeza, frieza, sabedoria, sobriedade e serenidade.
Laranja	Calor, luz, euforia, alegria, prazer, senso de humor.
Marrom	Melancolia, sensualidade e desconforto.
Preto	Sujeira, enterro, medo, morte, maldição, pessimismo, negação, tristeza, opressão e dor.
Rosa	Feminilidade, calma, afeto e delicadeza.
Roxo	Sonho, dignidade, egoísmo, grandeza, espiritualidade e sexualidade.
Verde	Tranquilidade, segurança, liberdade, juventude, firmeza, coragem e esperança.
Vermelho	Perigo, conquista, força, energia, movimento, excitação e emoção.

**Fonte:** Cesar (2006, p. 189-191)

As cores não podem ser utilizadas por gosto pessoal de quem está elaborando a mídia. Sua escolha deve se embasar no que se deseja atingir. Assim, o conhecimento dos princípios e combinações das cores, bem como sua formação, são fundamentais no momento da escolha das tonalidades que devem estar presentes no layout.

Ao se tratar de um projeto gráfico, os itens mencionados anteriormente não podem ser tomados como regras universais. Existem situações em que os elementos podem funcionar perfeitamente em harmonia e em outras não. Por isso, é fundamental que cada caso seja analisado individualmente.

### 3 CASUÍSTICA E MÉTODO

#### 3.1 NATUREZA DO ESTUDO

O presente estudo configura-se como uma investigação exploratória, descritiva, valendo-se de pesquisa bibliográfica, documental e de campo, e utilizando-se de estudo de caso com abordagem metodológica qualitativa, por meio do formato de grupo focal.

Qualifica-se como pesquisa exploratória, ao passo que tem por intenção permitir uma maior aproximação com o tema que será pesquisado. Além disso, configura-se como uma investigação bastante específica, que assumirá a forma de um estudo de caso, em consonância com outras fontes que darão base ao assunto abordado. A pesquisa bibliográfica é a aquisição de dados utilizando-se de documentos e da fala de sujeitos, por meio do grupo focal. A pesquisa se qualifica como descritiva por objetivar a apresentação de características de determinados elementos. Essa investigação visa estabelecer a relação entre as variáveis do objeto de estudo analisado – a percepção dos indivíduos da terceira idade quanto à recepção de informação por meio de material impresso (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

O primeiro passo dessa pesquisa foi a construção de um registro de informações mediante revisão bibliográfica, realizando levantamento de referências científicas que já tenham sido analisadas e publicadas em meios escritos e eletrônicos, tais como livros, artigos científicos, páginas de *web sites* etc., permitindo que seja conhecido o que já foi estudado acerca dos assuntos que foram abordados neste estudo (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

Para a pesquisa bibliográfica deste estudo, utilizou-se a estratégia de busca com consultas na base de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), que se configura como uma biblioteca científica eletrônica que abrange uma coleção selecionada de periódicos científicos brasileiros. A SciELO resulta de um projeto de pesquisa da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), em parceria com o BIREME – Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde, e tem por objetivo desenvolver uma metodologia unificada para a preparação, armazenamento, disseminação e avaliação de produções científicas em formato eletrônico (SciELO, 2016).

Foram selecionados os artigos científicos e pesquisas relevantes para o estudo que tinham como descritores: Comunicação, *Influenza A H1N1*, Comunicação em Saúde, Educação em Saúde, além de outros materiais priorizando o foco do objetivo.

Trilhando os mesmos caminhos da pesquisa bibliográfica, essa exploração também se configura como documental uma vez que recorreu, além dos materiais científicos sobre o tema, a fontes mais diversificadas, sem tratamento analítico, como relatórios, documentos oficiais, fichas cadastrais, cartilhas, relatórios e material publicitário (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

A abordagem deste estudo deve ser entendida por qualitativa já que busca explicar as qualidades de uma situação estipulada, explanando o que condiz ser feito, mas não mensurando valores numéricos nem submetendo fatos à prova, uma vez que os dados que serão analisados não são métricos e se valem de diferentes abordagens (YIN, 2016). Esta pesquisa preocupa-se com perspectivas da realidade que não podem ser quantificadas, centralizando-se no entendimento e interpretação do desenvolvimento social.

Ainda qualificando o tipo de estudo que foi realizado, é possível classificá-lo como estudo de caso por destacar a análise de uma entidade definida como, no caso, um grupo de sujeitos da terceira idade. Este tipo de estudo pretende conhecer profundamente uma determinada situação a partir do ponto de vista dos participantes do estudo. O pesquisador não pretende intervir sobre o objeto a ser estudado, mas, sim, revelá-lo tal como ele é percebido (GERHARDT; SILVEIRA, 2009).

### 3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado na cidade de Ribeirão Preto, município brasileiro do interior de São Paulo, estado localizado na região Sudeste do país, detentora de 42% dos habitantes do território nacional (IBGE, 2014 a). Pertence à Mesorregião e Microrregião de Ribeirão Preto, há 315 km a noroeste da cidade de São Paulo, capital do estado. De acordo com a Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – Embrapa (2016), o município apresenta área de 650,916 km<sup>2</sup>, sendo 127,309 km<sup>2</sup> de perímetro urbano. O município é a cidade-sede da Região Metropolitana de Ribeirão Preto, e, de acordo com o último Censo, realizado em 2010 pelo IBGE, sua população foi estimada em 666 323 habitantes para o ano de 2015.

Ribeirão Preto está entre os 30 maiores municípios brasileiros, sendo o sexto com maior taxa de aumento populacional, apresentando índice de 1,3% ao ano, mais que o dobro da média do Brasil, que é de 0,86% ao ano (PAVINI, 2014).

A cidade é um importante polo comercial do estado e ainda se evidencia como expressivo núcleo de saúde, educação, pesquisas, turismo de negócios e cultura do Brasil. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) é de 0,800 – valor elevado em relação a demais cidades do país – garantindo o posto de vigésimo segundo maior do estado (IBGE, 2013).

No âmbito da saúde, o município conta com uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), localizada na região Leste, além de mais de 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas por seus quatro distritos regionais. (Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, 2016).

Na cidade de Ribeirão Preto, encontra-se a Universidade de Ribeirão Preto - UNAERP, primeira instituição de ensino superior de Ribeirão Preto e região. Foi fundada em 1º de junho de 1924 como Sociedade Escola de Farmácia e Odontologia de Ribeirão Preto. O objetivo da Academia, desde os primórdios, foi promover o desenvolvimento social, educacional e cultural da cidade.

A UNAERP, preocupada com a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, atualmente, dispõe de cursos de bacharelado, licenciatura e tecnologia nas áreas da saúde, humanas, exatas e tecnologia, nas modalidades presencial e Educação a Distância (EAD), programas de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em nível de Doutorado e Mestrado, e é considerada um dos maiores polos de ensino do interior do estado de São Paulo e do Brasil.

A instituição mantém constante troca com a sociedade, expandindo à população sua produção acadêmica. Durante o ano, a Rede UNAERP de Serviços à Comunidade efetua mais de 500 mil atendimentos à comunidade por intermédio de seus programas de extensão.

Dentre os diversos programas sociais desenvolvidos pela Universidade, encontra-se o Projeto Renascer, iniciativa participante do Programa Melhor Idade da UNAERP, que tem por foco realizar atividades, passeios, orientações e exercícios físicos com pessoas da terceira idade, na intenção de instigar a consecução de seus direitos, garantindo oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental.

O Projeto Renascer, foi fundado em outubro de 1995 e iniciou suas atividades com mais de 120 integrantes, com participação esporádica e 70 participantes frequentes.

A iniciativa, que é gratuita e aberta à comunidade, realiza atividades de segunda a sexta-feira, no período da manhã, a partir das sete horas, distribuídas entre salas de ginástica de atendimento coletivo, quadras esportivas, piscina e academia, localizadas no complexo esportivo do curso de Educação Física da universidade. Os membros ainda contam com atenção preventiva e multidisciplinar por intermédio da rede de serviços e de ensino da Instituição (UNAERP, 2015).

Atualmente, coordenado pela professora Laura Vecchi, juntamente com o curso de Educação Física, o grupo conta com 50 membros cadastrados, de ambos os sexos, com idades que variam de 51 a 90 anos e residem em regiões circunvizinhas da UNAERP, sendo a maioria dos idosos provenientes dos Bairros Iguatemi, Ribeirânia, City Ribeirão e Santa Cruz. Ainda se incluem nesta lista bairros mais distantes como Castelo Branco, Vila Virgínia, Vila Abranches, Centro de Ribeirão Preto, Vila Tibério, São José, entre outros. Alguns membros ainda se deslocam de cidades vizinhas a Ribeirão Preto para se juntar ao grupo (Bonfim Paulista, Jardinópolis, Jurucê, Cravinhos e Sertãozinho) (VECCHI, 2014).

### 3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

O universo de membros participantes do estudo é de 50 indivíduos que, atualmente, desenvolvem atividades no Projeto Renascer e a amostra intencional analisada foi de 12 sujeitos. Como critério para a escolha da amostragem, selecionamos aqueles que apresentavam 60 anos de idade ou mais, que possuíam pelo menos o 1º grau completo e que se disponibilizassem a participar da pesquisa. Como dito anteriormente, de acordo com as estatísticas, mais de 60% dos casos que evoluíram a óbito por complicações da *Influenza A H1N1*, se caracterizavam como sujeitos nesta faixa etária (BRASIL, 2016 a) – e que mais de 22% dos analfabetos do país está contido na classe de pessoas pertencentes ao grupo de terceira idade e o material desenvolvido é destinado a sujeitos que tenham capacidade de ler e compreender a comunicação escrita.



### 3.4 COLETA DOS DADOS

#### 3.4.1 Instrumento de Coleta de Dados

O presente estudo contou com análise documental de fichas cadastrais dos membros do Projeto Renascer, para a seleção da amostragem, além de informações obtidas por questionamento direto aos mesmos. Foram selecionados os sujeitos que se enquadravam na faixa etária de 60 anos ou mais, tiveram pelo menos completado o primeiro grau escolar e que declararam não apresentar nenhum tipo de problema relacionado a visão que os impeça de ler.

O grupo focal foi utilizado como instrumento de coleta de dados referentes à investigação científica, como busca a respostas aos questionamentos de pesquisa, bem como ao alcance dos objetivos propostos.

Por se tratar de uma pesquisa com abordagem qualitativa, considerou-se adequada a coleta de informações relacionadas ao material do estudo por meio de grupo focal, que se caracteriza como uma “técnica de investigação qualitativa comprometida com a abordagem metacientífica compreensivista” (GONDIM, 2002, p.150). Tal tipo de coleta possibilita a promoção dos participantes como sujeitos ativos da pesquisa e promove uma ampla problematização sobre um tema ou foco específico. “Os sujeitos participantes da pesquisa encontram no Grupo Focal liberdade de expressão, que é favorecida pelo ambiente, levando a uma participação efetiva.” (MARTINS; ZIMMERMANN, 2008, p.116).

O Grupo Focal pode ser explicitado como uma entrevista realizada em grupo, na qual a interação entre os sujeitos se apresenta como componente essencial do método. Durante o procedimento, o encontro do grupo permite aos participantes entender seus pontos de vista, por meio de considerações acerca de um determinado tema, com suas próprias palavras, produzindo seus próprios questionamentos e procurando respostas congruentes à questão sob investigação. Sendo assim, o grupo focal possibilita culminar um nível de reflexão que outros métodos não conseguem alcançar, divulgando proporções de entendimento que, constantemente, conservar-se-iam inexploradas pelas técnicas convencionais de coleta de dados (BACKES et al, 2011). Este tipo de técnica de arrecadação de referências tem por objetivo alcançar uma diversidade de “informações, sentimentos, experiências, representações de pequenos grupos acerca de um tema determinado” (SILVA; ASSIS, 2010, p.126).

### 3.4.2 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta inicial de dados dos sujeitos da pesquisa se deu a partir de análise documental de cadastros com dados dos integrantes do Projeto Renascer. Tais documentos se encontram disponíveis no núcleo de Serviço Social do Hospital Electro Bonini.

Para a coleta de dados em campo, com a utilização da técnica de Grupo Focal, foram realizadas três reuniões.

Na fase inicial da primeira reunião, aconteceu um momento de interação na qual os participantes se apresentaram e o intuito da pesquisa foi novamente explicado e esclarecido a eles. Em um momento seguinte, foi dado início ao processo para recolher informações sobre o conhecimento dos sujeitos pesquisados, referente ao tema abordado, sem receberem nenhum tipo de orientação por meio de mídia. A reunião foi direcionada por um roteiro de assuntos:

- O que é a *Influenza A H1N1*.
- De que forma se dá o contágio/transmissão da *Influenza A H1N1*.
- Quais são os sintomas da *Influenza A H1N1*.
- Como se prevenir da *Influenza A H1N1*.
- Existe tratamento para a *Influenza A H1N1*.

Para que houvesse maior facilidade na compreensão dos temas anteriormente apontados, eles foram simplificados no formato de questões nos seguintes moldes:

- Você sabe o que é a *Influenza A H1N1*?
- Como você pode “ter” a *Influenza A H1N1*?
- O que uma pessoa com *Influenza A H1N1* sente?
- O que você deve fazer para não “ter” a *Influenza A H1N1*?
- Uma pessoa com *Influenza A H1N1* pode ser tratada? Como?

Os participantes receberam, então, a mídia impressa contendo as informações acerca de prevenção, sintomas e tratamento da *Influenza A H1N1*.

### 3.4.3 Produção da Cartilha

A cartilha produzida para o presente estudo se embasou em muitos dos conceitos explanados na revisão da literatura. Foi elaborada em formato A3 (42 x 29,7 cm) com uma dobra e impressa e papel *couché* 220 g.


Teve-se o cuidado de utilizar corpo de fonte 11,5 para os textos extensos, considerado de fácil leitura para materiais impresso, com a intensão de simplificar a leitura daqueles que a receberiam. Por se tratar de indivíduos com idade avançada, houve a preocupação de não empregar fontes demasiado pequenas, que dificultariam a leitura do texto informativo, como pode ser visto Figura 10.

**Figura 10:** Representação da fonte utilizada na cartilha desenvolvida para o presente estudo

**O que é a Influenza A H1N1?**  
É uma doença que afeta as vias respiratórias, causada por um tipo de vírus da mesma família do vírus que causa a gripe comum.

**Como é transmitida a Influenza A H1N1?**  
É transmitida pelo contato direto de pessoa para pessoa, especialmente por meio de tosse ou espirro. Algumas pessoas também podem infectar-se ao ter contato com objetos contaminados.

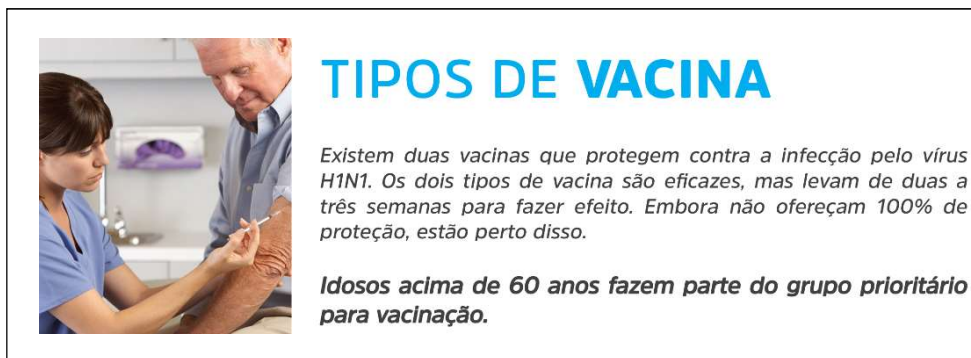
**Quais são os sintomas da Influenza A H1N1?**  
São sintomas semelhantes aos da gripe comum: febre alta e tosse. Mas, em alguns casos, também podem ocorrer dor de cabeça e no corpo, garganta inflamada, falta de ar, cansaço, diarreia e vômitos.



**Fonte:** Autora

Ainda em relação a aparência da escrita, existiu o cuidado de utilizar a fonte AmsiPro, pertencente à família San Serif, que apresenta uma leitura fácil e clara, além de contar com os formatos regular, itálico e *bold* (negrito), que possibilitaram destaque de alguns pontos de maior importância, como pode-se notar na Figura 11. Foram empregados espaços generosos de entrelinha e entre letra para facilitar a visão dos conteúdos apresentados.

**Figura 11:** Representação dos estilos de fonte utilizados na cartilha desenvolvida para o presente estudo



**Fonte:** Autora

Priorizou-se, também, a utilização de espaços livres (“respiros”) ao longo do material, para tornar sua leitura mais leve e agradável.

Optou-se por fundo branco para que a cor do mesmo não causasse dificuldades para a leitura, evitando, assim, qualquer tipo de interferência negativa nas informações de texto.

A opção da cor cinza escuro para os escritos gerais se deu para permitir uma leitura clara, mas sem tanto peso como se daria com a cor preta. O amarelo foi utilizado por ser uma cor que remete a conforto, espontaneidade e alegria; enquanto o azul foi empregado por remeter a tranquilidade, serenidade e credibilidade, sentimentos esses que podem tornar a assimilação da informação mais prazerosa. O emprego das cores citadas pode ser analisado na Figura 12.

**Figura 12:** Representação das cores utilizadas na cartilha desenvolvida para o presente estudo



**Fonte:** Autora

Foram utilizadas imagens pertinentes ao tema proposto na cartilha (vide Figura 13), evitando o uso de tons que destoassem da harmonia do *layout*. Com exceção da capa – como pode ser visto na Figura 14 – que tinha a intensão de chamar a atenção do público, as imagens foram aplicadas em tamanhos modestos com a simples ideia de ilustrar o informativo.

**Figura 13:** Representação das imagens utilizadas na cartilha desenvolvida para o presente estudo



**Fonte:** Autora

**Figura 14:** Representação do *layout* da capa da cartilha desenvolvida para o presente estudo



**Fonte:** Autora

Os sujeitos foram orientados a ler o conteúdo do material impresso até o dia seguinte, quando ocorreu a segunda reunião do grupo e os mesmos questionamentos foram refeitos, em busca de analisar se o material acrescentou algum tipo de instrução à compreensão prévia dos indivíduos.

Uma terceira reunião foi realizada para coletar referências do que os sujeitos perceberam sobre essa forma de transmissão de conhecimento e o que eles consideraram que pode ser alterado para tornar a experiência mais proveitosa.

Para guiar o terceiro encontro, foram indagadas as seguintes questões aos sujeitos da pesquisa:

- O conteúdo acrescentou informações ao seu conhecimento prévio?
- O formato (tamanho) da cartilha agradou?
- As cores utilizadas no material agradaram?
- A escolha do tipo de fonte e o corpo do texto (tamanho da fonte) foram adequados, possibilitando fácil leitura do conteúdo?
- As imagens utilizadas na cartilha agradaram?
- A linguagem utilizada foi adequada para o entendimento do conteúdo?
- Liriam o material se o recebessem fora da pesquisa?

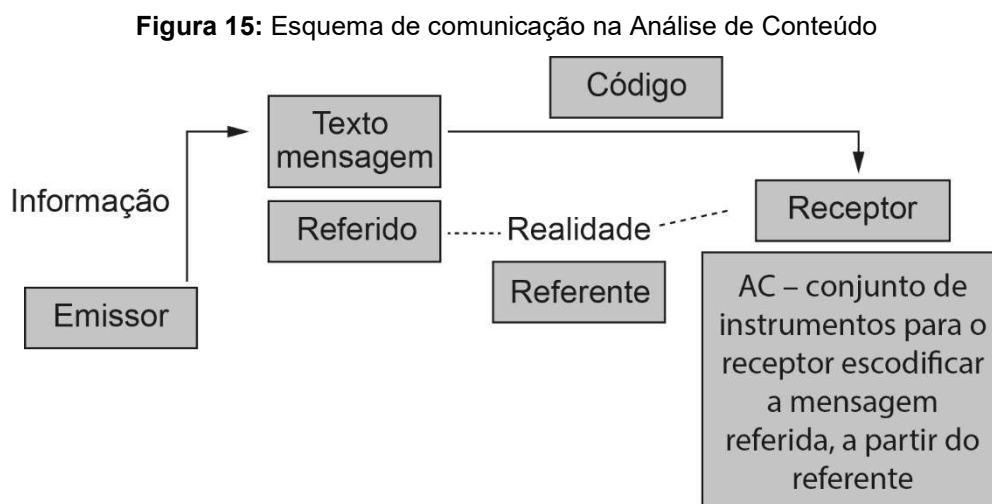
### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

Inicialmente, os documentos cedidos pela assistente social do Hospital Electro Bonini foram analisados e as informações relevantes à presente pesquisa foram coletadas e tabuladas.

Na etapa de Grupo Focal, os depoimentos provenientes das reuniões foram coletados por meio de gravação de áudio. As declarações foram transcritas e organizadas de acordo com a ordem das reuniões e notas foram tomadas referentes ao que foi relevante à pesquisa. Procedeu-se, então, a interpretação dos dados quanto à percepção dos sujeitos em relação às informações sobre a endemia e o direcionamento da montagem da mídia.

Para tal, foi realizada uma análise de conteúdo, configurada como síncrono de práticas de análise das interlocuções, que utiliza métodos regrados e objetivos de detalhamento do conteúdo das mensagens (BARDIN, 1977), com análise de listas livres, com a finalidade de discernir índices de itens que dizem respeito ao âmbito cultural dos sujeitos e para ter acesso às

associações relacionadas aos itens questionados. Ainda para o autor, a análise de conteúdo é a união de instrumentos metodológicos frequentemente modificados e que se empregam a discursos variados, em especial na área das ciências sociais, com a intensão de desvendar o que está oculto no discurso, por meio da decodificação da mensagem, como pode ser observado na Figura 15.



**Fonte:** Adaptado de RAMOS; SALVI, 2009 pela autora.

Após a transcrição dos dados, foram compreendidas a frequência, a ordem e as dimensões que apareceram como indícios da relevância dos itens, possibilitando a construção de hierarquias (DENZIN; LINCOLN, 2009).

Por fim, realizou-se uma reflexão crítica sobre o processo metodológico e as interpretações dos indivíduos, tendo como conceito a hipótese anteriormente apresentada.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Esta pesquisa se apresentou, em todos os momentos, comprometida com o bem-estar de seus sujeitos, não os expondo a qualquer tipo de risco desnecessário. O estudo se comprometeu a não causar danos, físicos, psíquicos, morais ou éticos.

A investigação apresenta relevância social e finalidade humanitária, dirigida para a proteção e cuidado de cidadãos.

Os indivíduos pesquisados tiveram direito à privacidade e confidencialidade em relação aos dados da pesquisa que digam respeito a sua intimidade, vida privada,

imagem e quaisquer informações obtidas pela pesquisa que os sujeitos queiram manter preservadas.

Foi garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta Instituição, respaldando-se inclusive nos conteúdos preconizados na Resolução nº 466/12, onde está assegurada a privacidade dos sujeitos.

O projeto do presente estudo foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado sob o número de registro CAAE 62627816.1.0000.5498 (Anexo I).

### 3.6.1 Autorização dos Responsáveis do Local

Foi solicitada autorização da responsável pelo Projeto Renascer, Laura Umbelina Perna Vecchi para dar início à pesquisa (Apêndice I).

### 3.6.2 Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A pesquisa foi realizada por sujeitos que se apresentaram de acordo em participar da mesma sem qualquer tipo de influência por parte de terceiros. A privacidade e confidencialidade dos dados obtidos foi explicitada no TCLE (Apêndice II), lido em voz alta para os participantes da pesquisa e foi certificado que todos compreenderam por completo os termos apontados no mesmo, bem como foi assegurado o uso das informações obtidas apenas dentro dos declarados objetivos da pesquisa.



## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item serão apresentados os resultados coletados com as pesquisas realizadas e de que forma os mesmos impactam na resolução da hipótese previamente levantada de que a cartilha é um tipo de mídia impressa que, se produzida com uma linguagem direcionada a indivíduos da terceira idade, estimula a percepção dos mesmos referente as informações sobre doenças. A orientação para idosos por meio de uma tipologia de mídia impressa desperta sua atenção quanto a difusão de conhecimentos acerca de doenças que podem ser prevenidas, em especial a *Influenza A H1N1*.

Os resultados provenientes da coleta de dados, por intermédio dos instrumentos aplicados neste estudo, tratam de uma amostra de 12 sujeitos da terceira idade, membros regulares do Projeto Renascer da UNAERP. As informações contidas nas fichas cadastrais dos indivíduos, atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa, possibilitando a execução da etapa seguinte do estudo, caracterizada como grupo focal.

### 4.1 PERFIL DOS SUJEITOS

#### 4.1.1 Sexo

O grupo pesquisado foi formado por 11 mulheres e 1 homem. O número grandemente superior de indivíduos do gênero feminino em relação aos de gênero masculino também se dá no montante de inscritos no Projeto Renascer, como pode ser observado nos Quadros 4 e 5.

**Quadro 4** – Distribuição dos membros do Projeto Renascer por sexo no período de 2015 a 2018

<b>Sexo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Percentual</b>
Feminino	40	80%
Masculino	10	20%
<b>Total geral</b>	<b>50</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora

**Quadro 5 – Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa**

<b>Sexo</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Percentual</b>
Feminino	11	91,7%
Masculino	1	8,3%
<b>Total geral</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora

#### 4.1.2 Faixa Etária

Conforme critério de inclusão para a pesquisa, todos os sujeitos deveriam ser pertencentes ao grupo da terceira idade, ou seja, apresentar 60 anos de idade ou mais. 66,7% dos participantes se enquadram na faixa de 60 a 70 anos; 25% tem de 71 a 80 anos e 8,3% tem idade superior a 81 anos, como pode ser observado no Quadro 6.

**Quadro 6 – Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa por faixa etária**

<b>Faixa etária</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Percentual</b>
60 a 70 anos	8	66,7%
71 a 80 anos	3	25%
Mais de 80 anos	1	8,3%
<b>Total geral</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora

#### 4.1.3 Nível de escolaridade

Ainda como critério de inclusão para a pesquisa, foram selecionados sujeitos que tivessem completado pelo menos o 1º grau escolar devido a necessidade de aptidão para leitura. O Quadro 7 apresenta a divisão dos indivíduos de acordo com sua escolaridade.

**Quadro 7** – Distribuição dos sujeitos participantes da pesquisa de acordo com seu nível de escolaridade

<b>Níveis de escolaridade</b>	<b>Número de sujeitos</b>	<b>Percentual</b>
1º grau completo	2	16,7%
2º grau incompleto	1	8,3%
2º grau completo	4	33,4%
Superior incompleto	3	25%
Superior completo	1	8,3%
Pós-graduação	1	8,3%
<b>Total geral</b>	<b>12</b>	<b>100%</b>

Fonte: Autora

## 4.2 COLETA DE DADOS

### 4.2.1 Primeira Reunião do Grupo Focal

No dia 30 de outubro de 2017 foi realizada a primeira etapa do processo de captação de informações por meio do grupo focal. Esse encontro durou cerca de 90 minutos e tinha por intenção recolher o máximo de informações que os sujeitos dispunham em relação a *Influenza A H1N1* sem nenhum tipo de influência, tanto do mediador quanto do material informativo que futuramente seria entregue a eles.

Ao final do encontro diário dos sujeitos da pesquisa com os demais membros do Projeto Renascer, os mesmos foram conduzidos a uma sala do Bloco C, na própria Universidade, protegida de ruídos e interrupções externas, que acomodava confortavelmente os doze participantes, e lá foram recebidos com um café da manhã para se sentirem mais à vontade para contribuir com a pesquisa.

Foram, então, acomodados em cadeiras arrumadas de forma circular e, após a leitura e assinatura do TCLE, foi dado início às discussões pertinentes à temática da pesquisa.

Foi elucidado aos partícipes que a pesquisa não se tratava de questionário ou entrevista e que nenhum deles era obrigado a se manifestar, mas que seria produtivo para o estudo que todos expressassem suas opiniões sobre os temas levantados sempre que possível.

Ainda antes da abordagem das questões norteadoras, foi brevemente explicado aos sujeitos no que consistia a técnica de grupo focal, a qual estavam sendo submetidos.

Após todos os esclarecimentos, o moderador iniciou a condução do grupo focal apresentando a temática da pesquisa como *Influenza A H1N1* e levantou o primeiro questionamento ao grupo, perguntando o que eles sabiam sobre a doença, se a conheciam ou se, pelo menos, já haviam ouvido falar da mesma.

Para a identificação das falas dos sujeitos ao longo das discussões sobre os temas propostos, os mesmos serão denominados S1, S2, S3... e assim por diante, para preservar seu anonimato, como lhes foi garantido no TCLE.

As primeiras manifestações acerca do primeiro tema proposto, ainda tímidas, vieram confirmando já terem ouvido falar da doença, mas sem grandes dissertações acerca do tema.

S1 se declarou, em meio as afirmações de conhecimento do tema, levantando um questionamento: “Essa é do mosquito da dengue também?”

Os S2 e S3 proferiram-se dizendo que não se tratava da mesma coisa, “é só uma gripe mesmo”.

O S4 indagou: “Tem a ver com frango? É a gripe do frango?”, questão essa levantada que se mostrou interessante ao passo que despertou curiosidade em outros membros, bem como gerou outras declarações, tal qual “... não é só em frango que dá não. Dá na gente também” (S5). Alguns minutos foram destinados a discussão interna entre os membros sobre a doença ser relacionada a aves ou não. Oito dos participantes mostraram não concordar com tal afirmação.

Após a retomada do assunto central, o S6 levantou a questão: “H1N1 não é aquela doença que tem que tomar vacina?”. Os S3, S7 e S8 concordaram dizendo que tinham conhecimento da existência de uma vacina destinada a prevenção da *Influenza A H1N1*. O S9 se manifestou de forma contrária, dizendo que “... não, essa doença que tem que tomar vacina é HPV”. O S7 se manifestou dizendo “... não, essa é outra doença, você deve estar se confundindo porque o nome das duas doenças é com letra e começa com H.”

O mediador aproveitou, então, para questionar se os presentes haviam tomado a vacina preventiva para a *Influenza A H1N1* que eles próprios haviam mencionado. A maioria dos participantes disse ter tomado e alguns ainda salientaram que o fizeram por pertencerem ao grupo da terceira idade. Demonstrando assim, conhecimento,

mesmo que inconsciente, que tal parcela necessita de tratamento preventivo para a endemia.

Explorando, ainda, a temática da vacinação, o mediador adiantou algumas questões que seriam discutidas posteriormente, e perguntou quais as pessoas que podem ser vacinadas contra o vírus da *Influenza A H1N1*. O S4 disse não saber nada sobre o assunto, enquanto os demais dividiriam suas opiniões entre “todos podem tomar” (S1, S3, S6, S10, S11 e S12) e “somente algumas pessoas podem tomar” (S2, S5, S7, S8 e S9). O S8 mencionou: “eu tomo todo ano vacina, então sei que idoso pode”. O S10 acrescentou: “... eu sei que bebê e criança também podem”.

Dando continuidade, foi perguntado se eles tinham conhecimento do porquê havia vacinação todos os anos e não apenas uma vacina única ou em número determinados de aplicação, como é o caso da febre amarela, por exemplo. Todos se mantiveram em silêncio, demonstrando não ter uma resposta para tal pergunta, com exceção do S9 que, após alguns segundos, afirmou com propriedade que o vírus da H1N1 “... é mutante. Por isso a vacina desse ano não é a mesma do ano que vem. Por isso tem a necessidade de tomar todo ano”. Alguns concordaram com a cabeça enquanto outros aparentaram não compreender perfeitamente os conceitos apresentados.

Outro ponto abordado relativo à vacinação foi se os participantes tinham conhecimento de onde pode-se tomar a vacina. A maioria afirmou que a vacina é disponibilizada em postos de saúde pelo SUS e alguns ainda acrescentaram como possíveis locais de vacinação clínicas particulares e especializadas.

Com o fim das discussões acerca da vacina, o mediador conduziu a reunião questionando os sujeitos se eles haviam recebido algum tipo de informação sobre a *Influenza A H1N1* pela televisão, meios de comunicação ou se tinham ganhando algum material informativo em mãos sobre a doença.

De forma efusiva, grande parte dos participantes da pesquisa se manifestou de forma negativa, mostrando certo descontentamento por não terem recebido as orientações sobre a endemia. Após a manifestação grupal, alguns membros ainda teceram alguns comentários individuais, como: “Esse ano não tá saindo nada não [sobre a doença], ano passado saiu. Até a vacinação não tá aparecendo nada pra gente.” (S8) “Já até passou coisa na Tv, agora não tem nada não” (S6); “Panfleto, papelzinho, ninguém entregou não. Nem na rua, nem no postinho” (S11) e “É, não teve nada, mas eu acho que agora tá voltando” (S5).

Aproveitando o mote da última declaração, o mediador interrogou os sujeitos a respeito da sazonalidade da gripe H1N1. A primeira manifestação foi do S1: “Acontecer ela acontece o ano todo, mas eu acho que eles começam a fazer campanha quando chega perto do inverno.” Em seguida, mais alguns sujeitos confirmaram tal afirmação ao dizer que a gripe é sazonal e não acontece durante o ano todo, sendo complementados por outro membro (S6), que mencionou que a mesma “é mais comum durante o inverno”.

O tópico que foi abordado pelo mediador no decorrer do curso da reunião foi se os pesquisados sabiam dizer se existe ou não alguma diferença entre a gripe comum e a H1N1. O primeiro integrante a se expressar (S4) disse que “é tudo a mesma coisa, uma só tem o nome mais *afrescalhado* que a outra”, já os outros seres que discorreram sobre o tema, foram contrários a essa afirmação e acreditam que existem dissemelhanças entre as duas enfermidades. A maioria dos manifestantes apontou como principal diferença entre as duas gripes a intensidade dos sintomas, como pode ser analisado a partir da fala do participante S7: “... [a *Influenza A H1N1*] é uma gripe muito forte, que tem que tomar antibiótico”. O S12 acrescentou: “É uma gripe muito forte, né? Demais, demais. De persistir por meses. Com os sintomas de uma gripe normal mesmo. Muita tosse.” E ainda foi dito pelo S6 que “é uma gripe que ataca tudo. Dá até faringite”.

O S1 apontou como ponto de distinção das doenças a reação causada ao paciente que toma a vacina contra a H1N1: “... [a H1N1] é um tipo de gripe que se você toma a vacina, antes de você melhorar da gripe, você fica muito, muito ruim, parece que vai morrer”. Seguindo esta observação, o S8 se expressou: “A vacina aplicada esse ano [...] em mim [...] apresentou muita reação. Fiquei até arrependida de ter ido no postinho tomar a vacina.”

Na sequência, o moderador questionou aos componentes do grupo se eles saberiam identificar uma paciente com H1N1 caso o vissem. Foi respondido de forma unânime que nenhum deles saberia identificar uma pessoa portadora da *Influenza A H1N1*. O S10 foi enfático ao dizer que “não, de jeito nenhum” e foi complementado pelo S2, ao dizer que: “Não [saberia identificar], espero que não esteja perto de mim, porque eu não vou saber nunquinha e vou acabar ficando doente”.

Dando continuidade à condução da pesquisa, foi alvitado o debate sobre de que maneira a doença é transmitida. Dois membros (S8 e S9) afirmaram, ao mesmo tempo, que a transmissão se dá pelo ar, mostrando certo conhecimento sobre a

propagação de endemias que afetam o trato respiratório, seguidos pelo questionamento do S11: “É vírus, não é? É transmitida por vírus, eu acho”. O S9 concordou afirmando que “... sim, é uma doença viral”. Os demais membros começaram a listar meios que foram considerados por eles, condutores do vírus H1N1: “Se estiver em um ambiente fechado com alguém que tem [a doença], pega” (S3). Em complemento, o S7 acrescentou “É por contato, né? Por isso que pega em lugar fechado.” Ainda foram mencionados como formas de transmissão além do ar, a saliva, espirros e tosse. Uma das declarações mais completas foi proferida pelo S9 dizia que “é transmissível como qualquer gripe normal. Não precisa ser exatamente a H1N1. Qualquer gripe você é contaminado como qualquer um, pelo ar”. E ainda foi acrescido por um deles o comentário de que “os mais debilitados são os idosos, né? Pegam com mais facilidade”.

Foi debatido no seguimento se os sujeitos tinham conhecimento de como é identificado se uma pessoa é portadora do vírus da *Influenza A H1N1*. Quase todos se manifestaram de forma negativa e sucederam com alegações que demonstraram que os mesmos apresentam dificuldade em distinguir o que é identificar a doença e o que são seus sintomas. Foram proferidos comentários como “É quando tem manchinha no corpo, né?” (S6); “Eu sei que a febre é alta, muito alta.” (S1) e “É aquela que mata, que deixa muito ruim” (S10). O mediador então esclareceu aos partícipes que sua pergunta se referia a como a pessoa pode ter certeza que está com a H1N1 e não uma gripe comum. Os membros declararam desconhecer de que forma isso pode ser feito. “Tem que ir no médico mesmo *pra* ver isso. É só ele quem vai saber, mas eu não sei como ele faz isso” (S5).

O tópico seguinte abordou a prevenção da *Influenza A H1N1*. O medianoiro interpelou os compartes sobre quais tipos de cuidado podem ser tomados para evitar o contágio pelo vírus da *Influenza A H1N1*. A maioria dos comentários girou em torno de medidas básicas de higiene, sendo a mais citada “lavar bem as mãos”. Também foi mencionado pelo S8 que “evitar ficar em ambientes fechados” e pelo S3 que “evitar de ter contato com alguém que tem os sintomas” são formas de se prevenir contra a endemia.

Mais uma vez houve confusão de conceitos entre alguns dos indivíduos. Alguns confundiram prevenção da doença com tratamento de pessoas já infectadas, como pode ser visto nos depoimentos: “Tem que tomar bastante líquido, água

principalmente” (S1) e “É importante que a pessoa fique deitada, né? Tem que fazer repouso” (S6).

Seguindo com as questões norteadoras, foi perguntado se a gripe H1N1 pode matar. Em uníssono, todos os participantes responderam que pode. Também foi possível colher pareceres como: “Bom, eu já vi na televisão que matou gente sim, e não foi pouca gente, não.” (S9) e “Se demorar muito *pra* identificar [a doença] ou se não fizer o tratamento direito, pode matar” (S2), que foi complementado com “...se não procurar ajuda no posto de saúde, pode levar a óbito sim.” (S8), “... e é pior com idoso, né?” (S4).

Continuando a condução do grupo, foi indagado se os participantes tinham conhecimento de como é o tratamento de uma pessoa diagnosticada com a *Influenza A H1N1*. No geral, foram apontadas as principais indicações de tratamento para uma gripe comum, como repouso e ingestão de líquidos. Nenhum participante demonstrou conhecimento da existência de um medicamento específico para o tratamento da *Influenza A H1N1*, indicado nos casos da doença, pelo contrário, houve uma manifestação do S11 alegando que “não pode tomar remédio nenhum, porque pode piorar e matar”.

Na sequência, o mediador retomou uma questão anteriormente apontada por um dos partícipes que dizia respeito a *Influenza A H1N1* estar relacionada à “gripe do frango”. Foi exposto aos sujeitos que a endemia era pertinente a gripe suína e não à aviária e que provavelmente eles já haviam ouvido falar. Concordaram que sim. Foi explicitado a eles que o termo já estava em desuso desde 2009 devido a uma normativa da Organização das Nações Unidas. Foi questionado então, se eles achavam ou haviam ouvido algo sobre a H1N1 estar relacionada a gripe suína devido ao consumo de carne de porco como forma de contaminação. A maioria se manifestou de forma negativa, tecendo comentários como: “a carne de porco não dá gripe não. Dá outras doenças, mas gripe não dá não” (S6).

Para finalizar a etapa de questionamentos da primeira reunião, o interventor perguntou aos sujeitos se eles consideravam suficientes e pertinentes os materiais preventivos a H1N1 a que eles já tiveram contato. De forma consoante, todos responderam que não. Salientaram que o material de divulgação a que tiveram acesso fora muito pouco e não apresentou relevância. Ainda foi acrescido pelo S8 que “não tá tendo informação nenhuma, a gente fica perdido”. E, em tom inquietante, foi tecido o último comentário, pelo sujeito S7, sobre essa questão: “Informação sobre a doença



e precaução não foi dado nada *pra* gente esse ano. Como faz? A gente é velho. Não pode ficar doente assim que a gente morre.”

Com o fim da discussão acerca dos temas propostos, o mediador explicou, então, aos sujeitos, que eles receberiam um material informativo sobre a *Influenza A H1N1*, em formato de cartilha (Apêndice III), desenvolvido especialmente para este estudo e orientou-os a lerem o conteúdo até o dia seguinte, quando aconteceria o segundo encontro da equipe.

#### 4.2.2 Segunda Reunião do Grupo Focal

No dia 31 de outubro de 2017, ocorreu o segundo encontro do grupo focal, que teve duração aproximada de 60 minutos. A intensão desta nova convenção era perceber se os sujeitos apresentavam algum acréscimo em seu conhecimento relativo a *Influenza A H1N1* após terem contato com o material desenvolvido especificamente para a terceira idade sobre a temática citada.

Os integrantes se mostraram mais entrosados e desinibidos em relação a reunião anterior. Foram novamente recebidos com um café da manhã e dispostos em cadeiras na mesma formação do primeiro dia. Todos tinham em posse a cartilha entregue na véspera. Após uma breve conversa informal, o mediador deu início aos questionamentos da segunda etapa da pesquisa.

A princípio, foi perguntado aos membros se eles consideravam que o material contribuiu para o seu conhecimento sobre a *Influenza A H1N1*. O S9 deu início às falas dizendo que “... na verdade não. Eu já sabia de tudo que *tava* escrito aqui.”, sendo ela a única a emitir tal tipo de opinião. Os demais concordaram brevemente que a cartilha enriqueceu sua compreensão sobre a doença.

Foi então dito aos partícipes que algumas das questões abordadas na véspera seriam retomadas para averiguar em que intensidade eles haviam concebido novas descobertas após o contato com a cartilha.

A primeira delas foi se os membros entendiam algo diferente do dia anterior sobre o que é a *Influenza A H1N1*. A maioria se manteve quieta, com exceção de dois sujeitos que revelaram suas opiniões dizendo que “... não sabia que era tão grave assim até ler isso aqui” (S2) e “fiquei impressionada como é fácil confundir com a gripe comum” (S11).

Continuando, foi interpelado se eles tinham descoberto algo dessemelhante do que sabiam sobre como se dá o contágio da endemia. “A maioria das coisas a gente já tinha conversado ontem, né?” foi dito primeiramente pelo S5, seguido de acenos positivos com a cabeça dos demais membros. Um deles, S3, ainda se enunciou “Eu só não sabia dessa de que pode pegar com objetos contaminados. Isso me apavorou um pouco”.

Seguindo a lista de questões orientadoras, foi discutido se constataram alguma nova informação relacionada aos sintomas da endemia. A maioria se mostrou familiarizada com o conteúdo desse tópico, relevando, no entanto, alguns comentários como “Eu não sabia que podia dar falta de ar quem tem isso.” (S6); “... diarreia e vômito eu também não sabia que eram sintomas da H1N1.” (S2) e “... realmente parece que é bem mais forte que a gripe normal mesmo, né?” (S7).

Uma das temáticas que mais gerou declarações foi a respeito da prevenção, possivelmente por esta seção da cartilha contar com uma quantidade mais elevada de subitens. “Não levar a mão aos olhos, boca e nariz é uma coisa muito importante que a gente não presta atenção, né? E não só por conta dessa gripe [H1N1], mas por conta de um monte de doenças” foi o comentário proferido pelo S10, que deu início aos que abordaram a temática das precauções para evitar o contágio da Influenza. Foi exposto pelo S3 que ele “[...] não sabia que não podia compartilhar objetos pessoais. Achava que não tinha problema nisso” e logo em seguida sua fala foi complementada pelo S9: “Tem sim, porque você respira perto deles, pode tossir e tal. Aí o vírus vai *pra* eles e quem encosta nas coisas pode pegar também”. Finalizando as questões ligadas à prevenção, foi mencionado pelo S8 que “ter hábitos saudáveis é muito importante, né? Principalmente *pra* gente que tem idade avançada”, adicionado dos comentários “Se a gente não cuida do corpo, facilita *pra* ter essa e outras doenças” (S12) e “... na nossa idade é tudo mais complicado *pra* tratar (S1).

Guiados pela cartilha, os indivíduos iniciaram um apontamento de observações pertinentes a seção de mitos e verdades a respeito da endemia. A princípio foi exposto pelo S7: “Essa parte da carne de porco eu nem nunca tinha pensado antes de você ter falado com a gente ontem”, acompanhado pelo dizer do S3: “Mas é bom sim mencionar isso, porque do mesmo jeito que a gente confundiu ontem com a gripe do frango, tem a confusão com a gripe suína” e finalizado com o parecer do S6 “E ela disse ontem que essa [Influenza A H1N1] é a gripe suína, só não pode mais chamar assim”.

Dando sequência, foi relatado pelo S2 que ele “achava que quem está gripado não podia tomar [a vacina], que teria que esperar a gripe passar. Mas é só se *tiver* com febre, né?”. “Muita gente não toma a vacina por falta de informação, tem medo de efeito colateral.”, foi acrescentado pelo S12.

Ainda sobre a vacina, foi mencionado pelo S5 seu desconhecimento a respeito das restrições da aplicação, referindo-se ao tópico que aponta como ressalva da vacinação pessoas que tenham algum tipo de doença neurológica, alergia a ovo e a tomerosal. Tal comentário despertou inquietação no S8 que se manifestou efusivamente dizendo: “nunca na vida que eu ia imaginar que quem tem alergia de ovo não pode tomar. Isso tem que ser mais divulgado. Se não, como que a gente vai saber?”.

“Eu achava que a vacina dava mais reação, que a pessoa ficava mal por um tempo, dando sintoma de *gripão*, sabe?” foi a sentença proferida pelo S6 que deu continuidade às discussões. No prosseguimento, foi dito pelo S10 que ele “nunca tinha pensado que a vacina podia levar a morte.” e que ele achava interessante mencionar tal constatação como um mito “porque aí ninguém vai deixar de tomar [a vacina] pensando nisso”. Foi então complementado pelo S8: “Tem muita gente trágica no mundo. É bom mesmo descartar todas as coisas ruins que podem acontecer, *pro* povo aderir.” Ainda referente ao quinto item na segmentação de mitos e verdades, o S1 declarou ter considerado “bem informativo esse tópico.” por ser “interessante essa parte do mercúrio e do óleo [de esqualeno].” Complementado pelo S5: “É verdade. Eu não sabia nem que essas coisas podiam dar problema, nem que *tão* na vacina”.

O S8 ainda se manifestou sobre a vacinação, finalizando os comentários deste tópico, dizendo: “A vacina sempre foi muito importante e as pessoas não dão valor a isso. Então, se existe a vacina nos postos de saúde, se tem a campanha, se tem toda essa elaboração de fazer a vacina, ela é importante, tem que tomar”.

Por fim, o mediador questionou sobre o último ponto da cartilha – “A vacina pode ser tomada no SUS” – e obteve uma única resposta, proveniente do S7: “Essa parte do SUS a gente sabia. A gente te falou ontem.” e recebeu a aprovação dos demais participantes da pesquisa.

Foi então finalizada a segunda reunião de grupo focal e foi solicitado aos integrantes que, no dia seguinte, se encontrassem pela última vez para que fossem angariadas suas opiniões e pareceres referentes ao material que eles haviam estudado.

#### 4.2.3 Terceira Reunião do Grupo Focal

No dia 01 de novembro de 2017, ocorreu a terceira e última reunião do grupo focal, que durou cerca de 40 minutos. Este encontro final foi realizado com a intensão de coletar informações sobre as impressões que os sujeitos da pesquisa tiveram sobre o material desenvolvido para esta pesquisa.

Mais uma vez, os membros foram recepcionados com um café da manhã e acomodados em cadeiras organizadas em formato de círculo.

O mediador deu início à sessão explicando às pessoas ali presentes qual era o intuito daquele último encontro.

Para dar início aos comentários, foi questionado aos sujeitos o que eles haviam achado do material de uma forma geral e, na sequência, foram feitas algumas perguntas sobre pontos específicos dos elementos que fizeram parte da elaboração da cartilha.

Todos os participantes se manifestaram, mesmo que brevemente, sobre sua satisfação com o material que haviam recebido. Elogiaram muito a cartilha e se mostraram muito efusivos ao valorizar os pontos que consideraram positivos no impresso.

Após as impressões gerais, o condutor do encontro questionou aos sujeitos da pesquisa se eles julgavam que o formato (tamanho) da peça os agradava. Com acenos positivos com a cabeça, muitos deles concordaram. Foi dito que o tamanho era adequado e de fácil manuseio. “O tamanho é bom. Não é muito grande que a gente não consegue segurar, nem muito pequeno que fica fácil de perder”, disse o sujeito S8. Ainda dentro deste ponto de questionamento, foi proferida uma informação referente ao tipo de papel que foi utilizado pelo S1: “Eu gostei do papel. Não é daqueles fininhos que a gente recebe no semáforo”.

O próximo ponto tratado foi a opinião dos partícipes sobre as cores empregadas no *layout*. Foi ressaltado que a utilização de cores alegres chamou a atenção deles e “não fazem [...] pensar em doença ou coisa ruim” (S10). Mencionou-se, também, que a aplicação de textos na cor preta sobre fundo branco permitia uma leitura mais fácil e clara, proporcionando uma maior absorção de conhecimento (S5, S7 e S12). Também foi informado que o fato de o impresso não apresentar elementos na cor vermelha agradava alguns dos membros: “Eu gostei que não tem vermelho. Eu não

sei por que, mas quando pega essas coisas assim de saúde com muito vermelho dá nervoso, não me dá nem vontade de ler” (S3).

Dando continuidade à pesquisa, foi perguntado aos indivíduos se eles acharam que a escolha do tipo de fonte havia sido adequada e se o corpo do texto (tamanho da fonte) estava agradável para a leitura. Quanto ao tipo, concordaram de forma unânime com acenos positivos de cabeça e “sins” em unísono. Sobre o corpo do texto, mostraram muito contentamento, acentuando sua satisfação com dizeres como: “Eu adorei que eu consegui ler sem os meus óculos.” (S6) e “... você vai pegar isso aqui sem óculos, já dá pra identificar o que é” (S9).

Quando questionados a respeito das imagens utilizadas para o desenvolvimento do exemplar, foi salientado que a utilização de imagens de idosos felizes e com boa aparência transmitiram boa sensação aos leitores e estes se sentiam mais entusiasmados em conhecer o conteúdo do produto. A representação da diversidade étnica também se mostrou como ponto positivo na aceitação dos sujeitos. “Eu gostei que tem um monte de tipo de idoso feliz e diferente nas fotos, passa uma coisa boa. Dá mais vontade de ler.” (S8).

Prosseguindo, o mediador interpelou aos membros do grupo suas considerações sobre o conteúdo da mídia impressa. O S3 deu início às falas dizendo que “mesmo tendo ouvido falar, [...] não tinha ideia que era tão grave assim antes de ler”, mostrando que figurou relevância na temática. A objetividade dos textos também foi salientada pelo S9: “Eu achei que foi bem objetivo, sem ficar contando historinha e cheio de enrolação. É o que tem que saber e ponto”; “A frase da capa que fala ‘um guia rápido...’ é legal porque a gente já imagina que vão ser informações diretas da doença, sem muita enrolação. E realmente é.”, foi dito pelo S2; “É, dá *pra* ler rapidinho. Você não perde muito tempo.”, complementou o S10.

A divisão do conteúdo em tópicos agradou grande parte dos sujeitos por possibilitar uma consulta rápida para dúvidas específicas que o leitor pode ter. A sessão de “mitos e verdades” foi apontada como parte descontraída, mas que ao mesmo tempo agrega informações pertinentes. Por fim deste questionamento, ainda foi mencionado que pelo S9 que “[...] se não fosse pela foto dos idosos e o texto que tem na capa, eu acho que mais gente ia acabar se interessando, não só a terceira idade”.

Tendo averiguado as observações sobre o conteúdo, questionou-se se os indivíduos consideravam que a linguagem que foi utilizada era, ao ver deles,

adequada para o público da terceira idade, fazendo-se claro para entendimento. Foram proferidos comentários positivos, concordando que a linguagem permitia fácil compreensão dos conteúdos, pois se aproximava muito de um tom informal, sem palavras rebuscadas: “*Tá* informal, parece essa conversa que você tá tendo aqui com a gente. Não tem aquele monte de termo difícil de livro de medicina.”, foi indicado pelo S8. Quando dito isso, O S3 se manifestou concordando com o que foi dito, porém, acrescentando: “Eu só acho que que você podia usar uma palavra mais simples do que “*cepas*” naquele pedaço. Eu não tinha entendido o que era até você me explicar”.

Para finalizar esse último encontro, foi indagado aos elementos se eles leriam a cartilha caso a recebessem na rua, e a maioria respondeu de forma consoante que não. “Infelizmente a população não tem o hábito de ler, *tá*? Eles pegam um folheto desse, eles vão ver as fotos, *vai* olhar por cima e não vão ler. Infelizmente é isso que acontece.” explicou o S9. O mediador então aproveitou tal declaração e questionou: “Se houvesse uma paralização, por exemplo, no grupo do Projeto Renascer, a que vocês fazem parte, e alguém falasse brevemente sobre a doença e, só depois, entregassem a cartilha para vocês, mesmo assim vocês não a leriam?” Diante dessa perspectiva, os indivíduos disseram que, na presença dessa condição, fariam a leitura do material por interesse em obter mais informações. “Só entregar na rua não dá retorno. Uma introduçãozinha já desperta o interesse das pessoas”, declarou o S8. E, finalizando as discussões acerca do recebimento do conteúdo da cartilha, o S1 declarou que considera interessante a ideia de serem abordados no grupo de atividade da terceira idade, porque “as vezes, tem muita gente que não tem condições de sair daqui atrás de informação, trabalha, tem outra coisa *pra* fazer. E a gente já *tá* aqui, então fica mais fácil. Acho que seria uma boa, porque aqui envolve muita gente da terceira idade.”

#### 4.3 ANÁLISE DOS DADOS

Após a análise de todas as falas e impressões coletadas nas três reuniões de grupo focal, foi possível notar que, ao longo do curso da pesquisa, os membros foram se mostrando mais à vontade em comentar os assuntos levantados e a participar das discussões propostas. Durante pouco mais de metade do tempo decorrido para a primeira reunião, os participantes apresentaram-se inseguros ao falar sobre a maioria

dos tópicos. Respondiam em grande parte das vezes com perguntas ao invés de afirmações. Ao perceberem que se tratava de um ambiente seguro, no qual não estavam sendo julgados por seus comentários, ficaram mais desinibidos em expor seus conhecimentos e suas dúvidas.

Como era de se esperar, o grupo contava com alguns indivíduos que podem ser considerados “formadores de opinião”. Tomavam a frente na maioria dos tópicos apresentados e sempre tinham uma parcela do grupo de acordo com seus comentários, mesmo estes estando incorretos.

De modo geral, os participantes se mostraram dispostos a colaborar com a pesquisa e se dispersaram dos assuntos em pauta poucas vezes, retornando rapidamente a eles quando chamados.

Com as informações do primeiro encontro foi possível notar que a *Influenza A H1N1* não é totalmente desconhecida pelos membros. Todos já haviam ouvido falar da epidemia e tinham conhecimento de que se trata de uma doença que afeta o trato respiratório, muito parecida com a gripe comum. Porém, existem muitos pontos que não são dominados por eles e outros que ainda se mostram confusos. O discurso dos indivíduos foi capaz de expor que os mesmos confundem elementos – como sintomas, transmissão e prevenção – da patologia tema da pesquisa, com outras divulgadas pela mídia, tais como dengue e HPV (vírus do papiloma humano). Outro equívoco cometido pelos membros do grupo é em relação a conceitos, como, por exemplo, prevenção e tratamento.

Um ponto que merece realce é o fato de que os sujeitos mencionaram, em diversos momentos do encontro, que as informações que eles colocavam em discussão com o grupo, eram provenientes de informes assistidos na televisão, o que mostra que tal tipo de mídia, causou impacto perante a este público.

A vacinação é uma questão que foi discutida durante grande tempo do encontro gerando grande debate. Divergiu opiniões e apresentou muitas dúvidas e conceitos errôneos a seu respeito.

Não saber distinguir a gripe comum da *Influenza A H1N1* foi um fato que se mostrou presente na discussão e merece atenção, apontando que este é um tópico digno de ser destacado em qualquer material desenvolvido para conscientização a respeito da epidemia.

Durante o processo de argumentação sobre as questões propostas, os participantes mostraram-se interessados em aprender sobre a doença, ao passo que

manifestaram descontentamento por ainda não terem recebido nenhum tipo de orientação acerca da mesma naquele ano. Ainda foi possível constatar que, referente a materiais preventivos aos quais já tiveram contato, consideram os mesmos elementares e desinteressantes.

A segunda reunião nos possibilitou encarar partícipes mais entusiasmados com a investigação, que demonstraram satisfação com o material impresso a que tiveram contato em razão da pesquisa.

Após discussão concernente ao conteúdo da cartilha que haviam estudado, expuseram conhecimentos mais amplos sobre os temas: contágio, sintomas, vacina e, principalmente, prevenção, o que aponta êxito na ideia essencial do material, de acrescentar instrução a seus leitores.

A terceira reunião apontou que a construção da cartilha atingiu o propósito de agradar o público a que se destina e permitir ao mesmo fácil leitura e entendimento do seu conteúdo. Foram tecidos apenas comentário positivos acerca dos quesitos questionados sobre a construção da mídia, o que se mostra satisfatório para o resultado do presente estudo. Todavia, faz-se importante considerar o pressuposto de que os membros do grupo podem ter se sentido inibidos em apontar desagradados referentes ao material, por saberem que o mesmo foi desenvolvido para a pesquisa que participavam.

O Quadro 8 mostra a participação dos sujeitos da pesquisa nas discussões dos principais tópicos apresentados durante as reuniões.



**Quadro 8** – Participação dos sujeitos durante as reuniões de Grupo Focal em relação aos temas abordados.

<b>Temas Abordados</b>	<b>Reunião 1</b>	<b>Reunião 2</b>	<b>Reunião 3</b>
Conhecimento geral sobre a endemia	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8	S2, S11	–
Vacina	S4, S8, S10, S9	S1, S2, S5, S6, S7, S8, S10, S12	–
Sazonalidade	S1, S6	–	–
Sintomas	S1, S2, S4, S7, S10, S12	S2, S6, S7	–
Transmissão	S3, S7, S8, S9, S11	S3, S5	–
Prevenção	S1, S3, S6, S8	S1, S3, S9, S10, S12	–
“Gripe Suína”	S6	S3, S6, S7	–
Satisfação com a cartilha	–	–	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12
Formato da cartilha	–	–	S1, S8
Cores utilizadas na cartilha	–	–	S3, S5, S7, S10, S12
Fonte utilizada na cartilha	–	–	S1, S2, S3, S4, S5, S6, S7, S8, S9, S10, S11, S12
Imagens utilizadas na cartilha	–	–	S8
Conteúdo da cartilha	–	–	S2, S3, S9, S10
Linguagem utilizada na cartilha	–	–	S3, S8

Fonte: Autora

## 5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Em nossos estudos, apuramos que o processo de comunicação apresenta alguns elementos fundamentais. Conforme o paradigma de Berlo (2003), o codificador tem por incumbência transformar as ideias do emissor em um código. De nada adianta a mensagem se o receptor não for capaz de interpretar o que foi proferido pelo emissor.

A interação desenvolvida com os participantes da pesquisa, por meio do grupo focal, demonstrou que o processo da abordagem qualitativa, além de educativo, promoveu avanços no conhecimento dos mesmos. Isso nos remete aos ensinamentos de Sant'anna (2006) que destaca a comunicação como sistema fundamental para transmitir significados e valores a outros indivíduos.

A Educação em Saúde é o instrumento indispensável da ascensão da saúde, que precisa de uma base pedagógica, com recursos educativos e de conhecimento técnico-científico, para o avanço e popularização das informações.

Ribeiro, Cruz e Maríngolo (2013) enfatizam que para haver sucesso na difusão de informação, de forma abrangente à população a que se destina, a comunicação em saúde deve ser entendida de forma integralizada, considerando-se os indivíduos em todos os aspectos de vida que o circundam, suas dificuldades e desejos.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar todas as informações obtidas com a pesquisa e buscando responder aos questionamentos do presente estudo sobre as mídias, de alguma forma, auxiliarem no processo preventivo de doenças às pessoas idosas, e sua percepção com relação à cartilha como forma de informação sobre doenças, foi averiguado que a hipótese levantada para o presente estudo, não foi atendida por completo, pois seria necessária a combinação de uma introdução, na configuração de uma pequena palestra, juntamente com o material desenvolvido.

Sobre o objetivo geral desta investigação, pode-se apontar que a construção da mídia atendeu aos requisitos de transmitir informação com clareza e ser visualmente agradável aos indivíduos da terceira idade. Quando questionados se leriam o material caso o recebessem ocasionalmente, proferiram resposta negativa para tal, o que faz com que os pontos positivos salientados em relação à construção da mídia percam seu valor. Contudo, foi possível apurar que, mediante uma breve explicação sobre a endemia, antes da entrega do material, os sujeitos teriam interesse em lê-lo e se inteirar acerca de seu conteúdo. O que nos faz compreender que o processo de comunicação oral, inserido na Educação em Saúde, se destaca como meio fundamental de alcançar o público-alvo.

Perante as questões relacionadas à saúde que atingem a sociedade brasileira, algumas endemias ainda se apresentam parcialmente conhecidas, por parte da população, como foi verificado no presente estudo ao analisar o entendimento prévio dos sujeitos pesquisados em relação à *Influenza A H1N1*. Houve equívoco entre a compreensão relativa à endemia estudada e outras doenças, bem como a identificação de tratamento e prevenção e a clareza dos conceitos de diagnóstico e sintomas. Verifica-se assim, que, apesar da constante preocupação do Ministério da Saúde, juntamente com especialistas brasileiros, em atualizar frequentemente o Protocolo de Tratamento de Influenza, a comunicação desenvolvida para este tipo de endemia não tem atingido a população de forma satisfatória.

Assim, definir formas de comunicação eficientes, pressupõem o planejamento dos meios mais adequados, com a finalidade de tornar a transmissão do conhecimento mais eficiente.

Dessa forma, para a elaboração da cartilha, houve preocupação em atender aos requisitos necessário na confecção de uma mídia impressa, tais como formato,

fonte, conteúdo, linguagem, imagens e cores, com a finalidade de atingir um público específico.

As manifestações dos sujeitos, em suas falas, apontam a influência positiva obtida com o material desenvolvido, pois com ele ficaram mais elucidados os assuntos referentes à endemia em questão. Isso nos revela termos atingido o objetivo com a construção da mídia impressa.

A presente pesquisa corrobora às necessidades desse conhecimento, permitindo que outros estudos possam ser realizados, sempre em busca da seleção de atitudes na esfera da promoção da saúde, como meio crescente de melhorar hábitos e costumes pessoais na evolução do bem-estar dos usuários.

## REFERÊNCIAS

- ADVENT, New. **Johann Gutenberg**. 2016. Disponível em: <<http://www.newadvent.org/cathen/07090a.htm>> Acesso em: 27 jul. 2016.
- ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA – AMIB. **O que o intensivista precisa saber para tratar**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.amib.org.br/detalhe/noticia/o-que-intensivista-precisa-saber-para-tratar/>>. Acesso em: 03 dez. 2016.
- ASSIS, Cássia Lobão; NEPOMUCENO, Cristiane Maria. **Processos culturais: endoculturação e aculturação**. Campina Grande: UEPB/UFRN, 2008. Disponível em: <[http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia\\_PAR\\_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Estudos\\_Contemporaneos\\_Cultura/Est\\_C\\_C\\_A08\\_J\\_GR\\_260508.pdf](http://www.ead.uepb.edu.br/arquivos/cursos/Geografia_PAR_UAB/Fasciculos%20-%20Material/Estudos_Contemporaneos_Cultura/Est_C_C_A08_J_GR_260508.pdf)>. Acesso em: 21 dez. 2016.
- BACKES, Dirce Stein et al. **Grupo focal como técnica de coleta e análise de dados em pesquisas qualitativas**. São Paulo, 2011. Disponível em: <[http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo\\_focal\\_como\\_tecnica\\_coleta\\_analise\\_dados\\_pesquisa\\_qualitativa.pdf](http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/artigos/grupo_focal_como_tecnica_coleta_analise_dados_pesquisa_qualitativa.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2016.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.
- BERLO, David. **O Processo da Comunicação: Introdução à teoria e à prática**. São Paulo: Martins Santos, 2003.
- BESSLER, Danielle; JANINI, Janaina Pinto; VARGAS, Alessandra Barreto de. **Educação em saúde e promoção da saúde: impacto na qualidade de vida do idoso**. Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 480-490, abr.-jun. 2015.
- BOEHS Astrid Eggert, MONTICELLI Marisa, WOSNY Antônio de Miranda, HEIDEMANN Ivonete, GRISOTTI Márcia. A interface necessária entre enfermagem, educação e saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enferm**. 2007 abr.-jun.
- BRANDÃO, Carlos. **O que é Educação**. 33. ed. São Paulo: Brasiliense, 1995.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Temático Promoção da Saúde IV**. Brasília, 2009 a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, 2009 b.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed., Brasília, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2012 a.
- BRASIL. Secretaria Nacional de Promoção de Defesa dos Direitos Humanos. **Dados sobre o envelhecimento no Brasil**. Brasília, 2012 b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Informe Técnico – Campanha nacional de vacinação contra a influenza**. Brasília, 2015 a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Tratamento de Influenza 2015**. Brasília, 2015 b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Informe Epidemiológico – Influenza: Monitoramento até a Semana Epidemiológica 23 de 2016**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/20/informe-epi-influenza-se23-2016-svs.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2016 a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **SVS Influenza**. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-inisterio/principal/secretarias/svs/influenza>>. Acesso em: 25 jul. 2016 b.

BRASIL. Secretaria da Saúde. **BIS – Boletim do Instituto de Saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: <[http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis\\_v12\\_1.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/instituto-de-saude/homepage/bis/pdfs/bis_v12_1.pdf)>. Acesso em: 27 jul. 2016 c.

BRASILd. Governo do Estado. Secretaria do Estado da Saúde. **Informe Técnico. Situação Epidemiológica da Influenza**. São Paulo, 2016.

BUSS, Paulo Marchiori. **Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, sup. 2, p. 177-185, 1999.

CARDOSO, Janine Miranda; ARAÚJO, Inesita Soares de. **Comunicação e Saúde**. In: FIOCRUZ. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/comsau.html>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

CARNEIRO, Marcelo et al. Influenza H1N1 2009: revisão da primeira pandemia do século XXI. **Revista da AMRIGS**. Porto Alegre, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/18-637\\_influenza.pdf](http://www.amrigs.org.br/revista/54-02/18-637_influenza.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

CASAS, Cecília. **As cores e a criatividade**. São Paulo: Pensamento, 1995.

CESAR, Newton. **Direção de arte em propaganda**. 8 ed. São Paulo: Futura, 2006.

COLLARO, A. Celso. **Projeto Gráfico: teoria e prática da diagramação**. 2 ed. Rio de Janeiro, 2002.

CONSELHO BRASILEIRO DE OFTALMOLOGIA - CBO. **Doenças – Retinopatia**. São Paulo, 2016. Disponível em: <[http://www.cbo.com.br/pacientes/doencas/doencas\\_retinopatia\\_diabetica.htm](http://www.cbo.com.br/pacientes/doencas/doencas_retinopatia_diabetica.htm)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

CORREIA, Marcos Blaster Fiore. **A Comunicação de Dados Estatísticos por Intermédio de Infográficos: Uma Abordagem Ergonômica**. Dissertação de Mestrado PUC-Rio. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em:

<[https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14038/14038\\_1.PDF](https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/14038/14038_1.PDF)>. Acesso em: 20 ago. 2017.

COSTELLA, Antonio. **Comunicação: do grito ao satélite**. 3. ed. São Paulo: Mantiqueira, 1984.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **A Educação Básica no Brasil**. *Educ. Soc.*, Campinas, 23, n. 80, p. 168 – 200, setembro/2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v23n80/12929.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

DEFLEUR, Melvin L.; BALL-ROCKEACH, Sandra. **Teorias da Comunicação de Massa**. Nova York: Longman Publishing, 1989.

DEMO, Pedro. **Educação e Desenvolvimento**. Campinas: Papyrus, 1999.

DENZIN, Norman K; LINCOLN, Yvonna S. **Handbook of Qualitative Research**. 2. ed. Londres: Sage Publications, 2009.

DINIZ, Janguê. **Os desafios da saúde pública no Brasil**. São Paulo, 2014. Disponível em: <<http://www.leiaja.com/coluna/2014/06/10/os-desafios-da-saude-publica-no-brasil>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

DORDOR, Xavier. **Mídia / Mídia Alternativa**. São Paulos: Nobel, 2007.

DOURADO, Marcos Vinicius Gomes. **Pensamento de Durkheim**. Goiânia, 2012. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAABJ8gAA/pensamento-durkheim>>. Acesso em: 20 dez. 2016.

DURKHEIM, Émile. **Educação e Sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1952.

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA. **Marcadores Moleculares e Análise Filogenética**. Brasília, 2005. Disponível em: <<https://www.embrapa.br/documents/1355163/2021925/doc137.pdf/deb86efd-2ca9-4b1b-b241-45a719d33729>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

Empresa Brasileira de Pesquisa Agropecuária – EMBRAPA. Monitoramento por Satélite. **Ribeirão Preto**. Brasília, 2015. Disponível em: <<http://www.urbanizacao.cnpm.embrapa.br/conteudo/uf/sp/ribeiraopreto.html>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

ENRIA, Graciela María Teresita; STAFFOLANI, Claudio. Contradicciones de los discursos que dificultan la transformación de las prácticas de promoción a la salud. **Hacia la promoción de la salud**, Calle, v. 15, n. 1, 2010.

ETZER, Michael; WALKER, Bruce; STANTON, William. **Marketing**. 12. ed. Burgin: The McGraw-Hill Companies, 2001.

FILLOUX, Jean-Claude. **Émile Durkheim**. Recife: Fundação Joaquim Nabuco/Editora Massangana, 2010. p. 14-38.

GASTALDO Denise. *É a educação em saúde saudável?* **Educação & Realidade**. Rio Grande do Sul, p.147-68, 1997.

GAZZINELLI, Maria Flávia; GAZZINELLI, Andréa; REIS, Dener Carlos dos; PENNA, Cláudia Maria de Mattos. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, fev. 2005.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Método de Pesquisa**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

GOMES FILHO, João. **Gestalt do objeto**: sistema de leitura visual da forma. 6. ed. São Paulo: Escrituras, 2004.

GONDIM, Sônia Maria Guedes. Grupos Focais como técnicas de investigação qualitativa: desafios metodológicos. **Paidéia** 12 n. 24. Ribeirão Preto, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v12n24/04.pdf>>. Acesso em: 23 ago. 2016.

HEIDEMANN, Ivonete Teresinha Schülter Buss. Possibilidades e limites para implantação da política de promoção da saúde na atenção básica: investigação de questões problemáticas. **Faixa A**. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2010.

HURLBURT, Allen. **Layout**: o design da página impressa. 2. ed. São Paulo: Nobel, 1986.

IAMARINO, Atila. **H1N1, mais de 90 anos entre nós**: a origem e história desse vírus. Instituto de Ciências Biomédicas – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://microbiologia.icb.usp.br/cultura-e-extensao/textos-de-divulgacao/virologia/h1n1-mais-de-90-anos-entre-nos-a-origem-e-historia-desse-virus/>>. Acesso em: 02 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **São Paulo, Ribeirão Preto, índice de desenvolvimento humano municipal – idhm**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354340&idtema=118&search=sao-paulo|ribeirao-preto|C3%8Dndice-de-desenvolvimento-humano-municipal-idhm>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Taxa de analfabetismo das pessoas de 15 anos ou mais de idade, por sexo - Brasil - 2007/2014**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/educacao/taxa-de-analfabetismo-das-pessoas-de-15-anos-ou-mais.html>>. Acesso em: 03 dez. 2016 a.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais – uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em:



<<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91983.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016 b.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Estimativas de população para 1º de julho de 2015**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa\\_tcu.shtm](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/estimativa2015/estimativa_tcu.shtm)>. Acesso em: 29 jul. 2016.

KANE, John. **A Type Primer**. 2. ed. London: Laurence King Publishing, 2002.

KELLER, Kevin Lane; KOTLER, Philip. **Administração de Marketing**. 12. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2006.

KOTLER, Philip; ARMSTRONG, Gary. **Princípios de Marketing**. 9. ed. São Paulo: Prentice Hall, 2003.

LOPES, Maria do Socorro Vieira; SARAIVA, Klívia Regina de Oliveira; XIMENES, Lorena Barbosa. Análise do conceito de promoção da saúde. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 19, n. 3, jul./set. 2010.

LUCENA, Carlos. O Pensamento Educacional de Émile Durkheim. **Revista HISTEDBR On-line**, Campinas, n.40, p. 295-305, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/40/art18\\_40.pdf](http://www.histedbr.fe.unicamp.br/revista/edicoes/40/art18_40.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.

MARCONDES, Eduardo. **Sistema de Saúde no Brasil**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://fm.usp.br/cedem/did/atencao/4-%20Bibliografia%20Complementar%20-%20Sistema%20de%20Sa%C3%BAde%20no%20Brasil%20FINAL.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2016.

MARTINS, Pura Lúcia Oliver; ZIMMERMANN, Marlene Harger. **Grupo focal na pesquisa qualitativa: Relato de experiência**. Curitiba, 2008. Disponível em: <[http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/211\\_86.pdf](http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/211_86.pdf)>. Acesso em: 23 ago. 2016.

McQUAIL, Denis. **Teoria da Comunicação de Massa**. Lisboa: Fundação Caloust Gulbenkian, 2003.

MENDES, Liana d'Urso de Souza. **Análise ergonômica da situação dos idosos pedestres em relação à sinalização de Copacabana**. Tese de Doutorado. PUC-Rio. Rio de Janeiro, set. 2008. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0610650\\_08\\_pretextual.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0610650_08_pretextual.pdf)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

MONTAGNER, Miguel Ângelo; MONTAGNER, Maria Inez. A teoria geral dos campos de Pierre Bourdieu: uma leitura. **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**. 2010. Disponível em: <<http://tempus.unb.br/index.php/tempus/article/download/979/919>>. Acesso em: 29 jul. 2016.

MONTEIRO, Claudia Guerra. **O papel educativo dos meios de comunicação**. São Paulo, 2009. Disponível em: <[http://www.ipv.pt/forumedia/3/3\\_fi3.htm](http://www.ipv.pt/forumedia/3/3_fi3.htm)>. Acesso em: 27 jul. 2016.

MONTENEGRO, Livia. Cozer. **A formação profissional do enfermeiro: avanços e desafios para a sua atuação na atenção primária à saúde**. Belo Horizonte, 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

NEHEMY, Marcio Bittar. Degeneração macular relacionada à idade: novas perspectivas. **Revista Arq. Bras. Oftalmol.** 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abo/v69n6/a31v69n6.pdf>>. Acesso em: 03 dez. 2016.

National Eye Institute – NEI. **Facts About Glaucoma**. Bethesda, 2016. Disponível em: <[https://nei.nih.gov/health/glaucoma/glaucoma\\_facts](https://nei.nih.gov/health/glaucoma/glaucoma_facts)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

FREIRE NETO, João Batista. Envelhecimento no Brasil e Saúde do Idoso: SBGG divulga Carta Aberta à população. **Sociedade Brasileira de Geriatria e Geografia**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/envelhecimento-no-brasil-e-saude-do-idoso-sbgg-divulga-carta-aberta-a-populacao-2/>>. Acesso em: 23 jun. 2016.

OLIVEIRA, José Lisboa Moreira de. **O conceito antropológico de Cultura**. Universidade Católica de Brasília – UCB, Brasília, 2016. Disponível em: <<https://www.ucb.br/sites/000/14/PDF/OconceitoantropologicodeCultura.pdf>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

OLIVEIRA, Neidimila Aparecida Silveira; IGUTIL, Aparecida Mari. O vírus Influenza H1N1 e os trabalhadores da suinocultura: uma revisão. **Revista brasileira de saúde ocupacional**. vol. 35 n.122. São Paulo, jul/dec 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0303-76572010000200017](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000200017)>. Acesso em: 03 dez. 2016.

Organização Mundial da Saúde – OMS. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, 2015.

PAVINI, Cristiano. **Ribeirão Preto cresceu duas vezes mais que São Paulo**. Jornal A Cidade. Ribeirão Preto, 2014. Disponível em: <[http://www.acidadeon.com/ribeiraopreto/cotidiano/cidades/idnoticia=984151/cidades\\_internaNOT.aspx](http://www.acidadeon.com/ribeiraopreto/cotidiano/cidades/idnoticia=984151/cidades_internaNOT.aspx)>. Acesso em: 29 jul. 2016.

PERLES, João Batista. **Comunicação: conceitos, fundamentos e história**. Três Lagoas, 2007. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/perles-joao-comunicacao-conceitos-fundamentos-historia.pdf>>. Acesso em: 27 jul. 2016.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIBEIRÃO PRETO. **Relação das unidades de saúde**. Disponível em: <<https://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/rede/i16ubs.php>>. Ribeirão Preto, 2016. Acesso em 03 dez. 2016.

RAMOS, Rita de Cássia de Souza Soares; SALVI, Rosana Figueiredo. Análise de conteúdo e análise do discurso em educação Matemática – um olhar sobre a produção em periódicos Qualis a1 e a2. **IV Seminário Internacional de Pesquisa em Educação Matemática**. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://www.uel.br/grupo-pesquisa/ifhiecem/arquivos/9GT94689598053.pdf>>. Acesso em: 16 out. 2017.

RIBEIRO, Armando. **O processo de Comunicação**. Disponível em: <<http://www.portalcmc.com.br/o-processo-de-comunicacao/>> Acesso em: 13 set. 2017.

RIBEIRO, Camila Beatriz; CRUZ, Ana Paula Correia Neves da; MARÍNGOLO, Aline Cristina do Prado. **Comunicação em Saúde: Conceitos e estratégias, rumo à efetivação de direitos sociais**. Belo Horizonte, 2013. Disponível em: <[http://www.cressmg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE\\_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf](http://www.cressmg.org.br/arquivos/simposio/COMUNICA%C3%87%C3%83O%20EM%20SA%C3%9ADE_CONCEITOS%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS,%20RUMO%20C3%80%20EFETIVA%C3%87%C3%83O%20DE%20DIREITOS%20SOCIAIS.pdf)>. Acesso em: 01 jul. 2016.

SANT'ANNA, Armando. **Propaganda: teoria, técnica e prática**. 7. ed. São Paulo: Thomson Learning Edições, 2006. p. 1-44.

SANTAELLA, Lúcia; NÖTH, Winfried. **Imagem: cognição, semiótica, mídia**. 2. ed. São Paulo: Iluminuras, 1999.

SCIELO. **SciELO Brazil. Scientific Electronic Library Online**. São Paulo, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/>>. Acesso em: 25 jul. 2016.

SILVA, Alexandre Mota da. **Discussão metodológica e analítica acerca da composição visual de anúncios publicitários**. Santos, 2007. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/document/37164224/Artigo-sobre-direcao-de-arte-em-publicidade>>. Acesso em: 21 dez. 2017.

SILVA, João Roberto de Souza; ASSIS, Silvana Maria Blascovi. **Grupo Focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento**. São Paulo, 2010. Disponível em: <[http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118\\_16.pdf](http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/Pos-Graduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf)>. Acesso em 23 ago. 2016.

SMITH, Gavin; BAHL, Justin; VIJAYKRISHNA Dhanasekaran; ZHANG, Jinxia POON, Leo; CHEN, Honglin; WEBSTER, Robert; PEIRIS, Malik; GUAN, Yi. From the Cover: Dating the emergence of pandemic influenza viruses. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, 2009. Disponível em: <http://www.pnas.org/content/106/28/11709>. Acesso em: 02 jul. 2016.

TATTERSALL, Ian. **Como nos tornamos humanos**. 17. ed. São Paulo: Duetto, 2006. p. 68-75.

TERRA, Newton Luiz; SILVA, Roberta da; SCHIMIDT, Olavo Forlin. **Tópicos em geriatria II**. Porto Alegre: EdiPUCRS, 2007. p.365-383.

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. **Grupo Renascer completa 20 anos.** Ribeirão Preto, 2015. Disponível em: <<http://www.unaerp.br/noticias/854-grupo-renascer-completa-18-anos-4>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP. **Nossa história.** Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <<http://unaerp.br/a-unaerp/nossa-historia/>>. Acesso em: 01 jul. 2016.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization – UNESCO. **Non-formal education.** Alemanha, 2010. Disponível em: <<http://www.unevoc.unesco.org/go.php?q=non-formal%20education>>. Acesso em: 21 dez. 2016.

United Nations – UN. Department of Economic and Social Affairs. **Population Ageing and Development 2012.** Nova Iorque, 2012.

VECCHI, Laura Umbelina Perna. **Exercício físico na terceira idade e a melhoria da capacidade funcional:** subsídios para o envelhecimento saudável. Dissertação (Mestrado em Saúde e Educação) - Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, Saúde e Educação. Ribeirão Preto, 2014.

VESTERGAARD, Torben; SCHRODER, Kim. **A Linguagem da Propaganda.** 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

WILLIAMS, Robin. **Design para quem não é designer:** noções básicas de planejamento visual. Tradução Laura Karin Gillon. São Paulo: Callis, 1995.

WINSLOW, Charles-Edward Amory. **The Untilled Fields of Public Health. Science**, v.51, p. 23-50, jan. 1920.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Influenza (seasonal). Fact sheet nº 211.** Genebra, mar. 2018. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/en/>>. Acesso em: 20 mar. 2018.

YIN, Robert K. **Qualitative Research from Start to Finish.** 2. ed. Nova Iorque: The Guilford Press, 2016.

## APÊNDICE I

### SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DO RESPONSÁVEL PELO LOCAL DA PESQUISA

Profa. Laura Umbelina Perna Vecchi

Responsável pelo Projeto Renascer

Prezada Sra. Professora,

Eu, Aline Negri Barbosa Gelfuso, aluna regularmente matriculada no curso de Mestrado em Saúde e Educação pela Universidade de Ribeirão Preto – UNAERP, sob a orientação da Profª Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld, venho por meio desta, solicitar sua autorização, enquanto responsável pelo Projeto Renascer, para a realização da pesquisa intitulada “A percepção de indivíduos da terceira idade em relação a uma tipologia de mídia impressa como forma de comunicação sobre a *Influenza A H1N1*”.

A pesquisa será realizada por meio de reuniões de grupo focal, nas quais serão levantados dados sobre a percepção dos sujeitos quanto às informações relacionadas à *Influenza A H1N1* e a uma tipologia de mídia impressa como forma de transmissão de informação. Não haverá nenhuma exposição dos sujeitos, pois as opiniões dos mesmos serão retratadas sem qualquer tipo de identificação.

O levantamento dos dados durante as reuniões terá por objetivo analisar se a mídia impressa é bem recebida pelos indivíduos da terceira idade como forma de propagação de conhecimento.

Antecipadamente, agradeço sua atenção e fico a disposição para qualquer esclarecimento que julgue necessário.

Cordialmente,

---

Profª Dra. Neide Aparecida de Souza Lehfeld  
Universidade de Ribeirão Preto  
Pesquisadora Responsável - Orientadora

---

Aline Negri Barbosa Gelfuso - Mestranda  
Universidade de Ribeirão Preto  
Pesquisadora

De acordo,

---

Profª Laura Umbelina Perna Vecchi  
Responsável pelo Projeto Renascer

## APÊNDICE II

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**TÍTULO DO PROJETO:** A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS DA TERCEIRA IDADE EM RELAÇÃO A UMA TIPOLOGIA DE MÍDIA IMPRESSA COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO SOBRE A *INFLUENZA A H1N1*

**RESPONSÁVEL PELO PROJETO:** Aline Negri Barbosa Gelfuso  
**ORIENTADORA:** Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Neide Aparecida de Souza Lehfeld

Eu, \_\_\_\_\_ RG.: \_\_\_\_\_

Residente à Rua/Av. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ concordo em participar da pesquisa supracitada, após estar absolutamente esclarecido(a) dos propósitos da mesma.

Este projeto visa analisar se a utilização de uma tipologia de mídia impressa pode colaborar com a conscientização de sujeitos da terceira idade quanto a informações básicas e prevenção da *Influenza A H1N1*.

Você participará de uma pesquisa configurada como Grupo Focal, que busca a discussão acerca de conhecimentos prévios sobre os sintomas, características, prevenção e formas de tratamento da *Influenza A H1N1*. Posteriormente haverá análise para saber qual a captação de informações, sobre os mesmos aspectos, quando aplicada uma tipologia de mídia impressa como forma de propagação de informação.

Trata-se de uma pesquisa na qual não ocorrerão procedimentos invasivos ou potencialmente lesivos, direcionado a você ou a qualquer outro indivíduo. No entanto, por tratar-se de informações pessoais e de caráter sigiloso, o seu consentimento livre e esclarecido é necessário. Comprometemo-nos a utilizar os dados somente nesta pesquisa.

Ao participante será garantida a liberdade da retirada do consentimento a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo nesta instituição.

Não há despesas para a participação em qualquer fase do estudo, mas também não há compensação financeira relacionada à sua cooperação.

Quaisquer dúvidas de sua parte poderão ser sanadas junto ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade de Ribeirão Preto, pelo telefone: (16) 3603-6915.

Ribeirão Preto, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Assinatura do participante**

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste indivíduo para a participação deste estudo.

---

**Profª Drª Neide Aparecida de Souza Lehfeld (Pesquisadora orientadora responsável)**  
**RG:** 3.964.714 **CPF:** 442.478.778-87 **Email:** nlehfeld@unaerp.br

---

**Aline Negri Barbosa Gelfuso (Pesquisador)**  
**RG:** 35.325.444-7 **CPF:** 349.483.588-86 - **Email:** linegri@yahoo.com.br

## APÊNDICE III

### TIPOLOGIA DE MÍDIA IMPRESSA NO FORMATO DE CARTILHA DESENVOLVIDA PARA ESTE ESTUDO



Capa





## PRINCIPAIS INFORMAÇÕES

### O que é a Influenza A H1N1?

É uma doença que afeta as vias respiratórias, causada por um tipo de vírus da mesma família do vírus que causa a gripe comum.

### Como é transmitida a Influenza A H1N1?

É transmitida pelo contato direto de pessoa para pessoa, especialmente por meio de tosse ou espirro. Algumas pessoas também podem infectar-se ao ter contato com objetos contaminados.

### Quais são os sintomas da Influenza A H1N1?



São sintomas semelhantes aos da gripe comum: febre alta e tosse. Mas, em alguns casos, também podem ocorrer dor de cabeça e no corpo, garganta inflamada, falta de ar, cansaço, diarreia e vômitos.

### Diagnóstico

Existem testes laboratoriais rápidos que revelam se a pessoa foi infectada.

### A doença tem tratamento?

Sim, existe um medicamento, administrado por via oral, indicado pela Organização Mundial da Saúde que combate o vírus da Influenza A H1N1. Outras medidas, como repouso, ingestão de líquidos e boa alimentação, podem auxiliar na recuperação da saúde.

**É de extrema importância evitar a automedicação. O uso de remédios sem orientação médica pode facilitar o aparecimento de cepas resistentes aos medicamentos.**

### O que eu devo fazer se tiver dúvida sobre ter contraído a Influenza A H1N1?

- Para proteger as pessoas próximas, cubra sempre o nariz e a boca quando espirrar ou tossir.
- Jogue fora os lenços descartáveis usados para cobrir a boca e o nariz ao tossir ou espirrar.
- Sempre que possível, evite aglomerações ou locais pouco arejados.
- Mantenha uma boa alimentação e hábitos saudáveis.
- Procure seu médico ou vá a um posto de saúde.



## TIPOS DE VACINA

*Existem duas vacinas que protegem contra a infecção pelo vírus H1N1. Os dois tipos de vacina são eficazes, mas levam de duas a três semanas para fazer efeito. Embora não ofereçam 100% de proteção, estão perto disso.*

***Idosos acima de 60 anos fazem parte do grupo prioritário para vacinação.***

## COMO SE PREVENIR

- Lavar frequentemente as mãos com bastante água e sabão ou desinfetá-las com produtos à base de álcool.
- Evitar aglomerações e o contato com pessoas doentes.
- Não levar as mãos aos olhos, à boca ou ao nariz depois de ter tocado em objetos de uso coletivo.
- Não compartilhar copos, talheres ou objetos de uso pessoal.
- Deixar o ambiente sempre ventilado.
- Suspender, na medida do possível, as viagens para os lugares onde haja casos da doença.
- Tenha hábitos saudáveis. Isso evita o enfraquecimento do sistema imunológico e deixa o organismo menos exposto ao vírus.
- **Não deixe de se vacinar contra o vírus H1N1.**





## MITOS E VERDADES

sobre a Influenza A H1N1



Contra capa

### 1. Posso pegar a Influenza A H1N1 através do consumo de carne de porco.

**Mito.** É verdade que o ciclo de vida do vírus H1N1 passa pelo porco, mas ele só é transmitido entre as pessoas por meio da saliva, do espirro e do contato com secreções do paciente, da mesma forma como ocorre com a gripe comum.

### 2. Pessoas gripadas podem tomar a vacina.

**Verdade.** Pessoas gripadas, mas sem febre, podem tomar a vacina da gripe que protege contra o vírus H1N1. Esta vacina está contraindicada apenas para bebês com menos de 6 meses de vida, pessoas com febre, com doença neurológica ou que tenham alergia ao ovo ou às substâncias timerosal, presente no Merthiolate, e neomicina.

### 3. Tomei a vacina no ano passado, portanto não preciso tomar de novo neste ano.

**Mito.** Se tomou a vacina no ano passado, é muito provável que seja necessário tomar novamente neste ano. De ano, para ano o vírus H1N1 e os da gripe comum podem sofrer mutação, o que faz com que a vacina tenha de ser atualizada pelos laboratórios. Entretanto, nem sempre ocorrem mutações nos vírus e, por isso, é recomendado falar com o seu médico para saber se é necessário ou não tomar a vacina atualizada.

### 4. Os efeitos colaterais da vacina são muito fortes.

**Mito.** A maior parte das pessoas não tem nenhum efeito colateral depois de tomar a vacina. Entretanto, quando os efeitos colaterais aparecem, costumam durar apenas dois dias, e os sintomas mais comuns incluem dor no local da aplicação, febre baixa e mal-estar geral.

### 5. A vacina contra a Influenza A H1N1 pode causar morte.

**Mito.** Essa teoria surgiu devido à presença de duas substâncias na vacina: o mercúrio e o óleo de esqualeno. No entanto, a verdade é que o mercúrio utilizado é o etilmercúrio, que é um conservante que também faz parte de outras vacinas, como a da difteria e a do tétano. Já o óleo de esqualeno é uma substância que está presente no nosso organismo naturalmente e é usada na vacina para aumentar a sua eficácia.

### 6. A vacina pode ser tomada no SUS.

**Verdade.** Na rede pública de saúde, a vacina contra a Influenza A H1N1 está disponível, porém apenas para uma parte da população, chamada de "grupos de risco". Estes grupos incluem crianças maiores de 6 meses e menores de 5 anos, gestantes, **idosos**, doentes crônicos, mulheres no período pós-parto, indígenas, funcionários da saúde e a população carcerária.

# ANEXO I

UNAERP - UNIVERSIDADE DE  
RIBEIRÃO PRETO



## COMPROVANTE DE ENVIO DO PROJETO

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS DA TERCEIRA IDADE EM RELAÇÃO A UMA TIPOLOGIA DE MÍDIA IMPRESSA COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO SOBRE A INFLUENZA H1N1

**Pesquisador:** Neide Aparecida de Souza Lehfeld

**Versão:** 1

**CAAE:** 62627816.1.0000.5498

**Instituição Proponente:** Universidade de Ribeirão Preto UNAERP

### DADOS DO COMPROVANTE

**Número do Comprovante:** 126621/2016

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

Informamos que o projeto A PERCEPÇÃO DE INDIVÍDUOS DA TERCEIRA IDADE EM RELAÇÃO A UMA TIPOLOGIA DE MÍDIA IMPRESSA COMO FORMA DE COMUNICAÇÃO SOBRE A INFLUENZA H1N1 que tem como pesquisador responsável Neide Aparecida de Souza Lehfeld, foi recebido para análise ética no CEP UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto em 03/12/2016 às 22:39.

Endereço: Av. Costabile Romano nº 2201, sala 08, Bloco D  
Bairro: RIBEIRANIA CEP: 14.096-380  
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO  
Telefone: (16)3603-6895 Fax: (16)3603-6815 E-mail: [cetica@unaerp.br](mailto:cetica@unaerp.br)

- HISTÓRICO DE TRÂMITES							
Apreciação	Data/Hora	Tipo Trâmite	Versão	Perfil	Origem	Destino	Informações
PO	12/12/2016 13:36:41	Parecer liberado	1	Coordenador	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	PESQUISADOR	Projeto de pesquisa aprovado e obedece a Resolução <a href="#">Ver mais &gt;&gt;</a>
PO	12/12/2016 13:29:51	Parecer do colegiado emitido	1	Coordenador	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	
PO	07/12/2016 13:58:21	Parecer do relator emitido	1	Membro do CEP	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	
PO	06/12/2016 09:50:18	Aceitação de Elaboração de Relatoria	1	Membro do CEP	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	
PO	03/12/2016 22:41:05	Confirmação de Indicação de Relatoria	1	Coordenador	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	
PO	03/12/2016 22:40:24	Indicação de Relatoria	1	Coordenador	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	
PO	03/12/2016 22:39:25	Aceitação do PP	1	Coordenador	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	
PO	03/11/2016 17:01:35	Submetido para avaliação do CEP	1	Assistente da Pesquisa	PESQUISADOR	UNAERP - Universidade de Ribeirão Preto	

### TRÂMITE

Projeto de pesquisa aprovado e obedece a Resolução 466/12 do CNS.

Fechar