

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
NÚCLEO DE TECNOLOGIA EDUCACIONAL PARA A SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS E SAÚDE**

FERNANDA V. DE FREITAS RODRIGUES DE SOUZA

**LEITURA DE MATERIAIS EDUCATIVOS USADOS
NA EDUCAÇÃO EM DIABETES:
UMA ANÁLISE POR MEIO DA SEMIÓTICA SOCIAL**

**RIO DE JANEIRO
2009**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

FERNANDA V. DE FREITAS RODRIGUES DE SOUZA

**LEITURA DE MATERIAIS EDUCATIVOS USADOS
NA EDUCAÇÃO EM DIABETES:
UMA ANÁLISE POR MEIO DA SEMIÓTICA SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde.

Orientador: Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho, Doutor, NUTES/UFRJ

**RIO DE JANEIRO
2009**

Souza, Fernanda Valéria de Freitas Rodrigues

Leitura de materiais educativos usados na educação em diabetes : uma análise por meio da semiótica social. – Rio de Janeiro: UFRJ / Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, 2009.

186 f. : il. ; 31 cm.

Orientador: Luiz Augusto Rezende de Coimbra Filho.

Dissertação (mestrado) – UFRJ/ Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, 2009.

Referências bibliográficas: f. 155-164.

1. Leitura. 2. Materiais Educativos e de Divulgação. 3. Impressos Avulsos como Assunto. 4. Compreensão. 5. Educação de Pacientes como Assunto. 6. Diabetes Mellitus - prevenção e controle. 7. Educação em saúde. 8. Humanos. 9. Educação em Ciências e Saúde – Tese. I. Coimbra Filho, Luiz Augusto Rezende de. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde. III. Título.

FERNANDA V. DE FREITAS RODRIGUES DE SOUZA

**LEITURA DE MATERIAIS EDUCATIVOS USADOS
NA EDUCAÇÃO EM DIABETES:
UMA ANÁLISE POR MEIO DA SEMIÓTICA SOCIAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Saúde, Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisitos parcial à obtenção do título de Mestre em Educação em Ciências e Saúde.

Aprovada em 17 de dezembro de 2009.

Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho, Doutor, NUTES/UFRJ

Vera Helena Ferraz de Siqueira, Doutora, NUTES/UFRJ

Vera Maria Sabóia, Doutora, EEAAC/UFF

Aos meus pais, João e Marta, que me
apoiaram a cada passo.

À Flávia, Fátima, Ralph e Caio, que
me fizeram continuar.

À Vera Maria Sabóia, que sempre
me incentivou a lutar e vencer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos aqueles que fizeram parte de minha vida, me incentivando e ajudando, me guiando e fortalecendo, me amando e compreendendo, acreditando em mim, me ensinando e levando-me a buscar novos conhecimentos. Sem vocês nada do que fiz e do que sonho fazer seria possível.

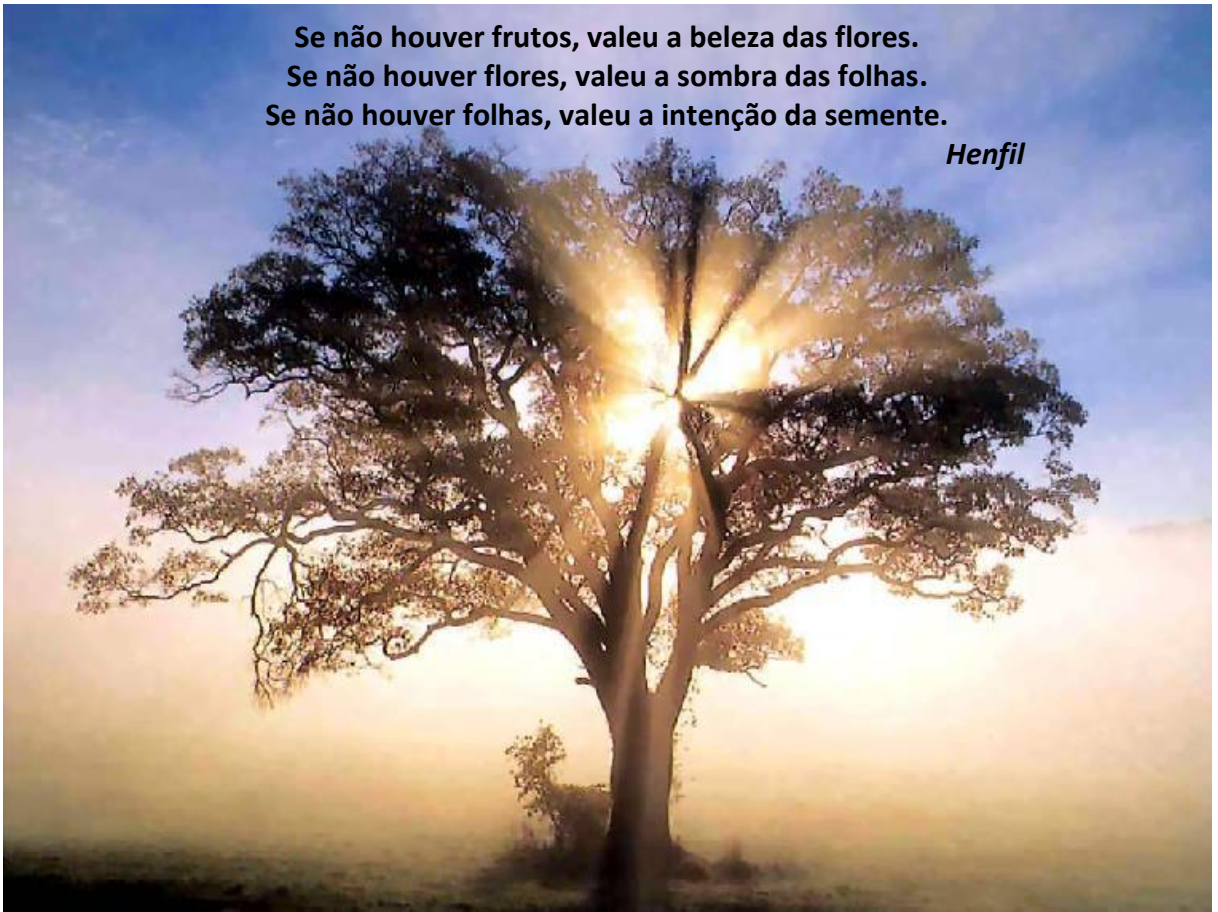
Agradeço especialmente:

- ☞ À Deus, acima de tudo, pelo dom da vida e pelo amor que derrama sobre mim a cada momento, levando-me a perseverar na fé e na caridade independente das circunstâncias.
- ☞ Ao meu orientador Luiz Augusto C. de Rezende Filho, por suas orientações pertinentes e brilhantes, pela paciência, por sempre atuar de forma participativa e por contribuir amplamente no enriquecimento da pesquisa.
- ☞ Aos meus pais, pela educação, atenção e dedicação que sempre me deram, e que fizeram de mim o que sou hoje.
- ☞ Aos meus irmãos, Fátima, Flávia e Ralph, por todo apoio e carinho.
- ☞ À minha professora e amiga Vera Maria Sabóia, por seu incentivo, atenção e carinho sempre.
- ☞ Aos meus amigos, que não conseguiria enumerá-los, por estarem sempre ao meu lado, me apoiando, me amando e me fazendo muito feliz.
- ☞ À professora Vera Helena Ferraz de Siqueira, por toda ajuda e orientação nesse percurso.

- ☞ À professora Isabel Martins, pela colaboração na pesquisa.
- ☞ À Solange Travassos, pela compreensão e apoio em todos os momentos de minha vida.
- ☞ Aos funcionários do LVE, por toda a paciência, ajuda e carinho.
- ☞ Aos professores e colegas do mestrado, pelas incansáveis (des)construções.
- ☞ À equipe da Medtronic, pelo apoio e oportunidade de crescimento profissional.
- ☞ À Maria Angélica e Sônia Regina, pelas sugestões e contribuições.
- ☞ À Lúcia e Ricardo, pela eficiência, paciência e carinho.
- ☞ Aos pacientes dos grupos de Diabéticos do HUCFF/UFRJ e do HUAP/UFF, que me abriram portas para mundos até então desconhecidos.
- ☞ Àqueles que não permaneceram ao meu lado, pela oportunidade de crescimento e superação.

**Se não houver frutos, valeu a beleza das flores.
Se não houver flores, valeu a sombra das folhas.
Se não houver folhas, valeu a intenção da semente.**

Henfil



RESUMO

SOUZA, Fernanda V. de Freitas Rodrigues. **Leitura de materiais educativos usados na educação em diabetes**: uma análise por meio da semiótica social. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde)- Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O objeto desta pesquisa refere-se à leitura de materiais educativos por pessoas que vivem com Diabetes Mellitus. Como o Diabetes é uma doença crônica e de tratamento complexo, é muito frequente o uso de materiais educativos impressos, dada a importância da conscientização do paciente sobre o seu próprio cuidado. Estes materiais representam veículos de informação sobre mecanismos que determinam ou favorecem estados ideais de saúde, podendo promover melhorias nas condições de saúde. Em razão da relevância destes materiais, esta pesquisa buscou conhecer situações concretas de leitura de materiais educativos impressos e investigar os recursos que são utilizados na produção de sentidos, tendo como base a Semiótica Social. A leitura é o momento de interação entre leitor e texto/imagem, desencadeando o processo de significação. Objetivou-se caracterizar os recursos semióticos presentes nos materiais educativos; analisar a produção de sentidos e o processo de leitura de materiais educativos pelos pacientes de dois grupos de diabéticos; e discutir os modos de interação na leitura e as formas de apropriação ou resistência desta clientela aos materiais educativos selecionados. O estudo foi descritivo, com abordagem quanti-qualitativa: quantitativa ao categorizar e analisar os materiais educativos, e qualitativa, ao analisar os materiais educativos e as situações de leitura. Ao realizar três grupos de discussão, constatamos que as condições de produção da leitura influenciaram e determinaram as significações produzidas, surgindo relações de força inerentes ao processo. O percurso da leitura se iniciou pela leitura das imagens e, quando estas foram consideradas agradáveis, dava-se prosseguimento à leitura do texto. Os sujeitos desenvolveram formas de apropriação quando se identificavam com as imagens, mas também de resistência, quando contestavam e lutavam contra o poder instaurado. Na relação entre leitor e texto/imagem, o grau de inferência implicado na leitura variou amplamente, desde o ponto mais baixo (parafrástico) até o ponto mais alto (polissêmico). Concluímos que a produção de significados não é controlável, pois diferentes leituras surgiram independentemente dos recursos semióticos usados ou das intenções dos produtores do material.

Palavras-chave: LEITURA. IMPRESSOS. EDUCAÇÃO EM SAÚDE. DIABETES MELLITUS. SEMIÓTICA SOCIAL.

ABSTRACT

SOUZA, Fernanda V. de Freitas Rodrigues. **Leitura de materiais educativos usados na educação em diabetes**: uma análise por meio da semiótica social. Rio de Janeiro, 2009. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Saúde)- Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

The object of this research refers to the reading of educational materials by people living with Diabetes Mellitus. Since Diabetes is a chronic disease and involves complex treatment, the use of printed educational material is frequent, due to the importance of patient awareness of self-care. These materials represent concrete information on mechanisms that determine or favor ideal states of health and may promote improvements in health. Because of the relevance of these materials, this research aimed to know actual situations of printed educational material reading and the semiotic resources that are used in the production of meaning. Social Semiotics was used as a theoretical framework. The reading is the moment of interaction between reader and text / image, triggering the process of signification. This study aimed to characterize these semiotic resources in educational materials, to analyze the production of meaning and the reading process of educational materials by patients in two groups of diabetics and to discuss the modes of interaction in reading and the forms of appropriation or resistance to selected educational materials. The study was descriptive, quantitative and qualitative: quantitative in order to categorize and analyze the educational materials, and qualitative in order to analyze the educational materials and the reading situations. In the conducting of three focus groups, we found that the conditions of reading production influenced and determined the meanings produced, revealing the inherent power relations in the process. The course of reading began with the reading of images and when they are considered pleasant, the reading went further in the text. The subjects developed forms of appropriation when they identified with the images, but also of resistance and fight when challenged by the established power. Concerning the relationship between reader and text / image, the degree of inference involved in reading varied widely, from the lowest point (paraphrastic) to the highest point (polysemous). Conclusions point that the production of meanings is not controllable, because different views have emerged independently of semiotic resources used or the intentions of the producers of the material.

Keywords: READING. PRINTED MATERIALS. HEALTH EDUCATION. DIABETES MELLITUS. SOCIAL SEMIOTICS.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Folder que aborda o cotidiano de uma jovem diabética	82
Figura 2: Folder que aborda o cotidiano de uma jovem diabética	83
Figura 3: Reunião entre amigos como prática cotidiana da jovem diabética	84
Figura 4: Tipos de atividade física exemplificados em um livreto	85
Figura 5: Livreto que destaca a importância do cuidado com os pés	86
Figura 6: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes	86
Figura 7: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	87
Figura 8: Livreto que informa conceitos básicos sobre Diabetes	89
Figura 9: Livreto contendo informações sobre o controle do Diabetes	90
Figura 10: Folder que aborda o cotidiano de uma jovem diabética	90
Figura 11: Folder que aborda os cuidados com os pés	93
Figura 12: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes	93
Figura 13: Folder que informa noções básicas sobre Diabetes	94
Figura 14: Close do cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	95
Figura 15: Close dos desenhos da parte inferior do cartaz	96
Figura 16: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes	96
Figura 17: Partes de um folder que informa noções básicas sobre Diabetes	97
Figura 18: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	98
Figura 19: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes	98
Figura 20: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	99
Figura 21: Folder que descreve os tipos de Diabetes	99
Figura 22: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	100
Figura 23: Folder que descreve os tipos de Diabetes	100
Figura 24: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes	101
Figura 25: Folder que aborda cuidados com pés	102
Figura 26: Livreto que aborda cuidados com os pés	102
Figura 27: Folder que aborda cuidados com os pés	103
Figura 28: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	103
Figura 29 e 30: Duas faces de um folder que informa conceitos básicos de Diabetes	104
Figura 31: Folder que informa sobre os cuidados com os pés	105
Figura 32: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes	106

Figura 33: Cartaz do Dia Mundial do Diabetes de 2003	107
Figura 34: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes	107

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Formatos utilizados	61
Gráfico 2: Temáticas abordadas	63
Gráfico 3: Distribuição quanto à definição do público destinado	64
Gráfico 4: Distribuição quanto à apresentação da data de publicação	64
Gráfico 5: Distribuição quanto à apresentação dos referenciais	64
Gráfico 6: Apresentação de glossário técnico	65
Gráfico 7: Apresentação de síntese ou revisão das informações	65
Gráfico 8: Referência à autoria da produção do material	66
Gráfico 9: Gênero discursivo adotado	66
Gráfico 10: Natureza das fontes produtoras	67
Gráfico 11: Tipos de ilustrações utilizadas	67

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.1: Categorias correspondentes a cada formato	70
Tabela 1.3: Categorias correspondentes a cada formato	71
Tabela 1.2: Categorias correspondentes a cada formato	71
Tabela 2.1: Temáticas abordadas por cada formato	72
Tabela 2.2: Temáticas abordadas por cada formato	73
Tabela 3: Variáveis e valores dos materiais educativos	75
Tabela 4: Variáveis e valores dos materiais educativos selecionados	79

LISTA DE SIGLAS

AD	Análise do Discurso
ADA	Associação Americana de Diabetes
ADILA	Associação dos Diabéticos da Lagoa
ANAD	Associação Nacional de Atendimentos a Diabéticos
DM	Diabetes Mellitus
HGB	Hospital Geral de Bonsucesso
HSE	Hospital dos Servidores do Estado
HUAP	Hospital Universitário Antônio Pedro
HUCFF	Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
IPPMG	Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira
MODY	<i>Maturity-onset diabetes of the Young</i>
MS	Ministério da Saúde
NDEP	Programa Nacional de Educação em Diabetes
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
SBD	Sociedade Brasileira de Diabetes
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 JUSTIFICATIVA	20
1.2 RELEVÂNCIA	21
1.3 OBJETIVO GERAL	21
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
2 EDUCAÇÃO EM DIABETES POR MATERIAIS IMPRESSOS	22
2.1 DIABETES MELLITUS	22
2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO DIABETES	25
2.3 EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO POR MATERIAIS EDUCATIVOS	28
3 A LEITURA FUNDAMENTADA NA SEMIÓTICA SOCIAL	40
3.1 LEITURA: PRÁTICA HISTÓRICA, SOCIAL E CULTURAL DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS	40
3.2 SEMIÓTICA SOCIAL: OS SIGNOS NO SEU PROCESSO CONCRETO DE EXISTÊNCIA	48
4 MATERIAIS E MÉTODOS	58
4.1 MAPEAMENTO DO UNIVERSO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS UTILIZADOS	59
4.1.1 Coleta do material educativo	59
4.1.2 Descrição e caracterização do material educativo	59
4.1.3 Análise do conteúdo visual do material educativo	73
4.2 SELEÇÃO E MAPEAMENTO DO UNIVERSO DO <i>CORPUS</i> DA PESQUISA	77
4.2.1 Análise do conteúdo visual do <i>corpus</i> da pesquisa	79
4.2.2 Análise das imagens do <i>corpus</i> da pesquisa por meio da Semiótica Social	80
4.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE LEITURA POR MEIO DE GRUPOS DE DISCUSSÃO	108
4.3.1 Sujeitos da pesquisa	108
4.3.2 Grupos de discussão como técnica de pesquisa	109
4.3.3 Operacionalização do estudo	115

5 A LEITURA SEMIÓTICA EM QUESTÃO: ANÁLISE DOS DADOS	118
5.1 AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DA LEITURA	118
5.2 OS SIGNIFICADOS PRODUZIDOS (OU NÃO...)	125
5.3 A LEITURA E SEU PERCURSO	140
5.4 FORMAS DE APROPRIAÇÃO E RESISTÊNCIA NA LEITURA	144
5.5 MODOS DE INTERAÇÃO NA LEITURA	147
5.6 O PAPEL DOS MATERIAIS EDUCATIVOS	150
6 CONCLUSÃO	153
REFERÊNCIAS	158
APÊNDICES	168
APÊNDICE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO	169
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DO PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO	170
APÊNDICE C – INSTRUMENTO DO PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO	172
APÊNDICE D – INSTRUMENTO DO SEGUNDO GRUPO DE DISCUSSÃO	173
APÊNDICE E – INSTRUMENTO DO TERCEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO	176
APÊNDICE F – TCLE DO HUCFF	180
APÊNDICE G – TCLE DO HUAP	183
ANEXOS	
ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NO HUCFF	186
ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO NO HUAP	187

1 INTRODUÇÃO

O processo de educar em Diabetes ocorre por diversos meios como materiais educativos, recursos audiovisuais, internet, além da linguagem verbal, o que constitui estes veículos como estratégias de ensino. O uso de materiais educativos impressos (cartilhas, folders, panfletos, livretos, revistas, manuais, cartazes, flip chart) é muito frequente no tratamento de pessoas com Diabetes, principalmente pela importância da conscientização do paciente no seu próprio cuidado. Como o Diabetes Mellitus (DM) é uma doença crônica e de tratamento complexo, estes materiais representam potenciais veículos de informação sobre mecanismos que determinam ou favoreçam estados ideais de saúde, podendo contribuir para os cuidados necessários. O uso destes materiais visa à promoção da saúde, a prevenção de complicações e a reabilitação após danos já provocados pelo descontrole glicêmico no Diabetes.

O Programa Nacional de Educação em Diabetes (NDEP, 2005) aponta que é importante utilizar materiais de apoio ao indivíduo que utiliza insulina, que cuida dos pés, que realiza uma alimentação adequada e pratica exercícios físicos. Moreira e Silva (2005) ressaltam que utilizar material impresso facilita a aquisição e aprofundamento de conhecimento, o domínio de habilidades e a tomada de decisão.

Quando bem elaborados e adequadamente utilizados, os materiais educativos podem se tornar ferramentas que promovem melhorias nas condições de saúde do indivíduo. A problemática se insere no uso de materiais educativos de forma inadequada, que pode criar resistência por parte do indivíduo e resultar em prejuízos na sua própria vida, provocando diversas complicações pelo tratamento inadequado.

Preocupar-se com a leitura dos materiais educativos representa buscar a compreensão do texto/imagem pelos sujeitos, considerando os processos de produção, circulação e consumo de sentidos. As condições de produção influenciam na leitura e abrangem o contexto histórico-social, ideológico, a situação, os interlocutores e o objeto de discurso, de tal forma que o significado daquilo que se diz implica também àquilo que não se diz, ao espaço social do qual se diz, para quem se diz, a relação com outros discursos, etc. (ORLANDI, 2001a, p. 85). A compreensão do leitor diante de um material educativo perpassa toda a sua vivência, seus preceitos, subjetividade, as leituras anteriores e os objetivos da leitura atual.

A leitura é produzida em um espaço discursivo entre os interlocutores, na qual o paciente diabético desempenha um papel ativo na produção/interpretação/compreensão dos sentidos potencialmente presentes ou não nos textos verbais-visuais que lhes são ofertados.

Essa produção de sentidos possibilita a construção de novos conhecimentos, o que favorece a mudança e a transformação do leitor, que, por sua vez, modifica a mensagem (FERREIRA, DIAS, 2004).

O olhar do leitor nunca é neutro nem vazio de significados. Ao contrário, esse olhar é permanentemente informado e dirigido pelas práticas, valores e normas da cultura e do contexto social no qual ele está imerso (DUARTE, 2002). Mesmo que o produtor articule linguisticamente suas idéias e posições no material, ele não possui o controle dos sentidos que sua produção suscitará. O texto/imagem não representa uma mera organização lingüística ou imagética que transmite informações, pensamentos e idéias de seu produtor, e também não possui um sentido pré-estabelecido pelo autor, que pode apenas demarcar os sentidos possíveis.

Numa relação dinâmica e ativa entre leitor e texto/imagem, o primeiro é o responsável por atribuir sentido àquilo que lê, ou seja, por reescrever os sentidos mediados pelo material educativo a partir de seus conhecimentos, experiências, valores e objetivos. Dessa forma, os leitores atribuem aos textos/imagens uma intencionalidade da qual eles mesmo são as fontes, em que suas visões de mundo e suas referências culturais interferem no modo como eles vêem e compreendem os conteúdos dos materiais educativos.

Falar em leitura remete, portanto, à concepção de produção de sentidos como um sistema de signos imagéticos e textuais. Na produção de sentidos, o leitor possui papel ativo e seus objetivos irão nortear a leitura e a compreensão/interpretação do texto/imagem. Como a leitura é produzida, pode-se dizer que o texto/imagem e seus sentidos são construídos a cada leitura num contexto de interação recíproca entre autor e leitor (ORLANDI, 2001a; FERREIRA, DIAS, 2002; FERREIRA, DIAS, 2004).

Ao considerar a leitura como processo de interação, reconhece-se a seletividade assumida pelo leitor e revelada no seu modo de leitura. O grau de inferência implicada na leitura dependerá de como se constitui essa comunicação. Quando o leitor tem seu conhecimento subjugado e manipulado pela prática educativa, e suas concepções e costumes não são considerados na comunicação por impressos, o grau de inferência é reduzido ou, praticamente, inexistente, provocando uma resistência do leitor frente ao material educativo.

Neste sentido, observa-se que a informação é um elemento necessário, no entanto, não suficiente. Considera-se importante a participação do leitor na construção de significados e na assimilação de recomendações para a saúde. No funcionamento da linguagem, que relaciona sujeitos e sentidos afetados pela língua e pela história, temos um complexo processo de

constituição desses sujeitos e produção de sentidos que não se enquadra meramente na transmissão de informação (ORLANDI, 2003).

Dessa forma, surge a necessidade de conhecer situações concretas de leitura de materiais educativos impressos e investigar os recursos que são utilizados na produção de sentidos. É nesta perspectiva que este estudo tem como objeto a leitura de materiais educativos por pessoas que vivem com Diabetes Mellitus fundamentado na Semiótica Social, quadro teórico-metodológico que fornece instrumental para a análise de representações com imagens e textos, levando em consideração o contexto social de produção e leitura dessas representações.

Utilizar a Semiótica Social para descrever uma imagem representa uma tentativa de apresentar os significados potenciais, uma gama de significados possíveis, pois se considera que as imagens não estão inteiramente dadas e precisam ser ativadas pelos produtores e leitores das imagens (JEWITT & OYAMA, 2001). Esta análise leva em consideração as formas de apropriação e resistência às significações sociais dominantes presentes nos materiais educativos.

O intuito também é pesquisar o processo de leitura, os sentidos construídos pelo leitor e as interações que ocorrem entre o leitor e o material impresso. O entendimento sobre como ocorre o processo de interação, significação e atribuição de sentidos a essas mensagens permitirá alcançar o entendimento pela população interessada e analisar se favorecem ou dificultam o conhecimento de sua condição crônica de saúde. O leitor possui, portanto, um lugar privilegiado nesta pesquisa, pois ele é o centro produtor da leitura e de seus significados. Mas não consideramos que a leitura se dá de forma completamente livre. Ela também se estabelece a partir das regras socialmente determinadas por um contexto e pelos recursos semióticos utilizados na produção do texto verbo-visual lido. Neste sentido, a Semiótica Social oferece um instrumental teórico-analítico que ajuda a compreender como os recursos semióticos de determinados textos/imagens condicionam a leitura de sujeitos historicamente localizados.

O texto desta pesquisa está organizado da seguinte forma: após apresentar o tema, a justificativa, as motivações e os objetivos desta pesquisa, falaremos no segundo capítulo sobre os conceitos da educação em Diabetes e discutiremos a comunicação por materiais educativos. No terceiro capítulo, enfocamos os referenciais teóricos utilizados na pesquisa: Leitura e Semiótica Social. O quarto capítulo refere-se aos materiais e métodos, dividido em três partes: a primeira consiste no mapeamento do universo dos materiais educativos utilizados, possibilitando ao leitor um conhecimento destes; a segunda parte refere-se à seleção e mapeamento do universo do corpus da pesquisa; e a terceira, aborda a análise das

práticas de leitura por meio de grupos de discussão. No quinto capítulo, realizamos a análise e discussão dos dados.

1.1 JUSTIFICATIVA

Este trabalho justifica-se pela grande importância social que o Diabetes possui, já que apresenta alta prevalência na população, considerada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma epidemia moderna (BRASIL, 2002).

Nossas preocupações em torno da leitura destes materiais surgiram ao refletir sobre a constante utilização de materiais educativos com diabéticos. Seja no momento do diagnóstico; ou em uma hospitalização por uma crise; ou em uma consulta para acompanhamento; todo diabético recebe, em algum momento, materiais impressos com o intuito de ampliar seus conhecimentos e aprimorar seu tratamento e cuidados. Enquanto atuávamos na prática educativa em Diabetes, presenciávamos o uso de diversos materiais de diferentes fontes produtoras, públicas e, na maioria, privadas, com diferentes estilos, conteúdos, objetivos e linguagens.

Um fato que aguçou ainda mais minha curiosidade em pesquisar o tema refere-se à percepção de que cada diabético compreende e enfrenta de modo particular sua condição, apesar de apresentarem alguns aspectos comuns. Esta convivência com outros diabéticos e a atuação efetiva na área da educação em saúde no Diabetes trouxeram reflexões sobre a comunicação entre profissionais de saúde e pacientes diabéticos. Neste campo, a comunicação por impressos é muito freqüente e cada um modula a mensagem transmitida conforme suas vivências e experiências, enfrentando de modo particular sua condição. Essa experiência trouxe a necessidade de pesquisar o tema, uma vez que se percebeu que o usuário potencial destes materiais era raramente ouvido, apesar de ser fundamental sua participação na produção da leitura, como o referencial teórico desta pesquisa aponta. Soma-se a isso, o fato de não existirem pesquisas que verifiquem a adequação deste material a esta população específica.

Outra justificativa refere-se a minha própria vivência com o Diabetes, em que eu mesma como paciente já recebi diversos materiais educativos desde o diagnóstico até o presente momento (total de nove anos), e sempre me inquietou a forma como as mensagens eram transmitidas pelo material.

1.2 RELEVÂNCIA

É relevante oferecer subsídios teórico-metodológicos para que o campo da educação em saúde possa aprimorar suas reflexões e ações no âmbito dos processos comunicativos em suas práticas, servindo para consultas e pesquisas nas diversas áreas do conhecimento. Buscar informações úteis ao se analisar a leitura destes materiais permitirá conhecer a abordagem mais apropriada sobre os pacientes por meio de impressos.

A contribuição deste estudo encontra-se na esfera da pesquisa, ensino, e assistência diante do pouco referencial teórico específico disponível sobre o assunto e da necessidade de se discutir esta temática nos cursos de graduação e de pós-graduação da área da saúde e outras áreas de conhecimento.

A relevância está ainda na possibilidade de contribuir na vivência de indivíduos com diabetes incentivando ao máximo o poder de cada indivíduo sobre suas vidas por meio da real e efetiva construção partilhada de conhecimentos na comunicação por impressos.

1.3 OBJETIVO GERAL

Investigar a leitura de materiais educativos impressos utilizados em grupos educativos em Diabetes por meio do referencial da Semiótica Social.

1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ② Caracterizar os recursos semióticos presentes nos materiais educativos;
- ② Analisar a produção de sentidos e o processo de leitura de materiais educativos pelos pacientes do Grupo dos Diabéticos do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF) e do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP);
- ② Discutir os modos de interação na leitura e as formas de apropriação ou resistência desta clientela específica frente aos materiais educativos utilizados.

2 EDUCAÇÃO EM DIABETES POR MATERIAIS IMPRESSOS

2.1 DIABETES MELLITUS

Neste item, faremos uma revisão sobre Diabetes, incluindo sua definição, classificação, tratamento, complicações e cuidados diários.

Segundo o Ministério da Saúde (2002, p. 14), Diabetes Mellitus “é um distúrbio crônico, de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina exercer adequadamente seus efeitos, o que provoca um comprometimento no metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas”.

A insulina, um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue ao regular a produção e o armazenamento de glicose. Na ausência da insulina, o organismo não consegue retirar a glicose do sangue e remetê-la para dentro das células, que utilizam a glicose como fonte de energia. O resultado da falta de insulina ou de sua função exercida inadequadamente é um elevado nível de glicose no sangue (hiperglicemia), sendo esta a característica clínica do Diabetes (SMELTZER; BARE, 2005, p. 1216).

Atualmente, o Diabetes configura-se um importante problema de saúde pública de âmbito global, traduzindo-se em grande desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. O envelhecimento da população, a urbanização crescente e a adoção de estilos de vida pouco saudáveis, como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade, são os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do Diabetes em todo o mundo (BRASIL, 2006; OPAS, 2005).

Dados sobre prevalência de Diabetes no Brasil, representativos da população residente em nove capitais, datam do final da década de 80. Nesta época, estimou-se que, em média, 7,6% dos brasileiros entre 30 e 69 anos de idade apresentavam Diabetes, que incidia igualmente nos dois sexos, mas que aumentava com a idade e a adiposidade corporal atingindo cifras próximas a 20% na população acima dos 70 anos. Cerca de 50% dessas pessoas desconheciam o diagnóstico, e 25% da população diabética não fazem nenhum tratamento (BRASIL, 1988). Isso significa que os serviços de saúde têm diagnosticado casos de Diabetes tardiamente, dificultando o sucesso do tratamento em termos de prevenção das complicações crônicas (SBD, 2008).

Em 2005, estimava-se que 11% da população igual ou superior a 40 anos eram portadores de Diabetes, o que representa cerca de 5 milhões e meio de pessoas (população

estimada IBGE 2005), devendo alcançar 10 milhões de pessoas em 2010 (BRASIL, 2006). Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde, o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões em 2000, com expectativa de alcançar 366 milhões de pessoas em 2030 (OMS, 2008).

O diabetes apresenta alta morbi-mortalidade com conseqüências humanas, sociais e econômicas devastadoras. É uma das principais causas de mortalidade, insuficiência renal, amputação de membros inferiores, cegueira e doença cardiovascular, e também uma das principais causas de doença e morte prematuras na maioria dos países, principalmente por aumentar o risco de doenças cardiovasculares (OPAS, 2005; BRASIL, 2006).

Estas graves complicações reduzem a expectativa de vida e comprometem a qualidade de vida do seu portador quando este possui um controle glicêmico inadequado, e são as responsáveis por grande parte do custo social e financeiro do Diabetes (BRASIL, 2007; OPAS, 2005).

De acordo com sua etiologia, os tipos mais comuns de Diabetes são o Tipo 1 e o Tipo 2. Um terceiro tipo, o Diabetes Gestacional, pode ocorrer durante a gravidez. Existe ainda o Diabetes associado a outras condições ou síndromes, tais como: defeitos genéticos das células β ; defeitos genéticos na ação da insulina; doenças do pâncreas exócrino; endocrinopatias; diabetes quimicamente induzidos ou induzido por drogas; formas incomuns de diabetes imune-mediado; e outras síndromes genéticas algumas vezes associadas com diabetes (ADA, 2002, p. 18).

O Tipo 1 caracteriza-se pela destruição das células beta pancreáticas, com maior incidência em crianças, adolescentes e adultos jovens. Ocorre em cerca de 5 a 10% dos casos de Diabetes, e, geralmente, possui início abrupto dos sintomas no decorrer de poucos dias ou semanas (BRASIL, 2002, p. 12).

O Tipo 2 caracteriza-se por resistência insulínica e/ou *déficit* na sua secreção, incidindo em pessoas com mais de 30 anos. É a forma mais comum da doença, ocorrendo em, aproximadamente, 90-95% dos casos de Diabetes. O diagnóstico deste tipo de Diabetes pode permanecer oculto por muitos anos, porque a hiperglicemia se desenvolve de forma lenta e gradual, apresentando início insidioso com sintomas inespecíficos. Com isso, o paciente já pode apresentar no momento do diagnóstico alguma complicação crônica (BRASIL, 2002).

O terceiro tipo de Diabetes Mellitus é o Gestacional, definido pelo Ministério da Saúde (2002, p. 15) como qualquer grau de intolerância à glicose diagnosticada, pela primeira vez, na gestação, podendo ou não persistir após o parto. A hiperglicemia desenvolve-se por causa da secreção dos hormônios placentários e os níveis de glicose no sangue retornam ao

normal após o parto ou, até mesmo, durante a gravidez. Entretanto, muitas mulheres podem desenvolver Diabetes Tipo 2 em algum período mais adiante na vida.

Os pacientes do Diabetes Tipo 1 são dependentes do uso terapêutico de insulina, de dieta e de exercícios físicos, tendo a necessidade da automonitorização e de cuidados constantes. Já no Tipo 2, inicialmente os pacientes não necessitam da administração de insulina; o tratamento é basicamente dieta e exercícios físicos. As intervenções terapêuticas visam contribuir para o bem-estar e qualidade de vida e restaurar um rigoroso controle da glicemia e de outras condições clínicas, no sentido de prevenir a ocorrência ou retardar a progressão de complicações. Em ambos os tipos, as práticas de educação em saúde são muito importantes (BRASIL, 2002, p. 12; BRASIL, 2007).

A Sociedade Brasileira de Diabetes (2002) aponta que o objetivo do tratamento em curto prazo consiste em restaurar o controle metabólico o mais próximo possível do normal e melhorar a sensação de bem-estar e, em longo prazo, minimizar o risco de complicações, apoiando-os não para transgredir seus limites, mas para aprender a negociar e conviver com eles.

As complicações diabéticas são classificadas em agudas e crônicas. As complicações agudas ocorrem em curto prazo e resultam, geralmente, de um desequilíbrio no regime de tratamento, compreendendo a hipoglicemia e a hiperglicemia. As complicações crônicas ocorrem em longo prazo, acometem pessoas que não realizam tratamento adequado, permanecendo com hiperglicemia por um longo período, sendo classificadas em macrovascular, microvascular e neuropatia (BRASIL, 2002, p. 74).

Para prevenir as complicações, é necessário alcançar e manter o controle glicêmico. No entanto, conduzir a vida diante de uma condição crônica implica em uma nova perspectiva de vida, incluindo medidas que modifiquem o ambiente em que se vive. As mudanças no estilo e hábitos de vida atingem o indivíduo e sua família e, muitas vezes, provocam “uma ruptura com seu modo de vida anterior, requerendo modificações em seus hábitos diários, nos papéis que desempenham, nas atividades que desenvolvem, enfim, mudanças que requerem uma nova estruturação de seu dia-a-dia” (SILVA, 2001, p. 39).

Não é fácil calcular a quantidade certa de alimentos que se deve comer, quanto exercício fazer e quanta insulina ou medicação tomar. Cada diabético responde de modo diferente a cada elemento do tratamento. E mesmo quando se encontram estes valores, fatores comuns presentes no cotidiano podem interferir no controle glicêmico. Dieta, atividade, estresse, ansiedade e o estado de saúde em geral são fatores que afetam os níveis glicêmicos (ADA, 2002).

A glicemia oscila muito e por diversos fatores isolados ou em conjunto. Portanto, para que o paciente alcance o controle glicêmico, é preciso que ele domine as habilidades necessárias – alimentação, exercícios, medicamentos, automonitorização, manejo de situações estressantes – para lidar e controlar essas variáveis no dia-a-dia.

Além disso, o Diabetes possui implicações individuais no que se refere à aceitação da doença e do tratamento, incluindo dor, medo de morrer, inconveniência, discriminação e embarço, além dos custos econômicos e sociais, pois o tratamento implica gastos elevados e interfere na qualidade de vida e sobrevivência dos indivíduos (SILVA, 2001).

2.2 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO DIABETES

Neste item, iremos relacionar a importância das práticas educativas com pessoas que vivem com Diabetes Mellitus.

A necessidade da educação em saúde com esse grupo específico recai sobre o tratamento que é complexo e exige cuidados contínuos. Esta doença crônica afeta muitos aspectos da saúde e da vida cotidiana, mas é possível administrá-la ajustando os estilos de vida e aprendendo a conviver bem com esta condição. O próprio indivíduo tem que lidar com a doença no dia-a-dia para controlar sua glicose. Por meio da prática educativa, ele pode aprender como aplicar insulina e/ou tomar remédios; como realizar a automonitorização; os cuidados com os pés; como intervir na ocorrência de hiperglicemia ou hipoglicemia; quais são as complicações e como evitá-las; como lidar com situações especiais como doença, estresse, viagem; etc.

Desta forma, a educação em saúde exerce papel fundamental no Diabetes, podendo proporcionar apoio e orientações rumo ao bem-estar e qualidade de vida. Neste contexto, os materiais impressos podem exercer grande contribuição. Entretanto, para que atinjam bons resultados junto aos indivíduos, os materiais não podem se relacionar com os sujeitos de forma autoritária, linear e transmissional, pois saúde não é um estado que se atinge depois de ser educado (ASSIS, 1992).

Conviver bem com sua doença não significa aceitar e seguir rigorosamente as orientações transmitidas. O educador que assume a posição de dono do saber e, portanto, dono do poder, é capaz de subjugar o conhecimento do outro, tentando substituí-lo pelo seu e manipulando a prática educativa. Essa atuação dominante e disciplinadora não favorece a emancipação e conscientização e provoca resistências ao tratamento, resultando em prejuízo

na vida do próprio indivíduo. Resistir ao tratamento pode ser uma forma de fugir da agressão aos seus costumes, seus hábitos, pensamentos e atitudes, quando estes não são respeitados.

A educação em saúde deve se voltar não somente para estimular novas habilidades necessárias ao tratamento, mas também propor que o educador e o educando construam juntos o conhecimento, a partir das informações e das vivências trazidas, e busquem soluções para as questões enfrentadas. “O profissional não é somente aquele que tem conhecimento das alterações biológicas trazidas pelo diabetes, mas, é, também, aquele que pode discutir com essas pessoas sobre a doença” (SILVA, 2001, p. 18).

É preciso superar o abismo existente entre os profissionais e a população, onde o primeiro não compreende a lógica e as atitudes do segundo, o estigmatizando e o culpando por seu estado de saúde-doença. Educar em Saúde representa “o campo de prática e conhecimento que se ocupa com a ligação entre a ação de saúde e o pensar e fazer do dia-a-dia da população” (SOPHIA, 2001, p.5). Destarte, quando problematiza e cria espaços de diálogo entre os atores envolvidos, os problemas são debatidos de forma a valorizar a explicitação e incorporação dos saberes e reflexões dos indivíduos envolvidos, propiciando a construção e difusão de novos conhecimentos e despertando a criticidade do indivíduo.

Desta forma, a prática educativa se transforma em um espaço de reflexão e ação sobre a realidade em que vivem. O conhecimento de sua realidade é indispensável para a tomada de consciência de si mesmo, de sua posição e papel na sociedade e uma possível tomada de decisão. Essa prática educativa deve envolver uma relação de troca e parceria entre o profissional e clientela, respeitando as vivências e percepções de cada um.

Esta visão rompe com o modelo clássico da posição do educador, postulando que o educador também é educado e que o educando, com sua participação, também é educador (BRASIL, 2005). Para Sabóia (2003), este modelo participativo da prática educativa em saúde possui um maior comprometimento para a melhoria das condições de vida da população, reconhece e valoriza o saber popular, traz em seu bojo a reflexão, a crítica, a confiança, a parceria e a aliança entre o profissional e a clientela, o que permite a troca de saberes e um aprendizado mútuo com a participação da população.

Torna-se necessário a participação dos indivíduos no processo de educar em saúde, inclusive por meio de materiais impressos. Ao passo que fortalece a participação do indivíduo no tratamento, este se torna capaz de decidir o que é melhor para si, como ser dotado de razão, de vontade e de capacidade de exercer sua liberdade. Desta forma, a educação em saúde “torna-se um instrumento de mudança, construindo sujeitos livres e com poderes de receber e criar novos conhecimentos” (SABÓIA, 2003, p. 80).

No caso do Diabetes, a organização da prática educativa deve estar centrada na pessoa que vive com a doença, em sua família e incluir a comunidade; deve ser planejada tendo em vista os diversos aspectos do cuidado, as circunstâncias e os recursos local. Devem-se levar em consideração os padrões de vida; a idade do paciente; a presença de outras doenças; os esquemas de trabalho ou escolares; o nível educacional; as necessidades psicossociais; a motivação e cooperação do paciente; assim como as restrições financeiras.

As condições sociais representam um elemento fundamental no planejamento desta prática educativa, pois se referem às condições de acesso às medicações e informações; às condições de dispor de uma alimentação saudável, considerando aspectos econômicos e culturais; às condições para a prática de atividade física, levando em consideração o espaço e tempo disponíveis; etc.

Na comunicação por materiais educativos, a atuação dos profissionais é muito importante, pois são mediadores entre o material e o paciente. O profissional pode facilitar o entendimento diante do material, favorecendo a compreensão e produção de sentidos por parte dos pacientes quando não utiliza o material como um fim em si mesmo.

Por essas razões, para atuar na educação em Diabetes, o educador deve ter treinamento específico para cuidar de diabéticos, utilizando uma metodologia participativa, podendo atuar junto deles para alcançar o controle glicêmico o mais próximo possível do normal e prevenir complicações (ADA, 2002). A relação entre o educador e o educando deve ser de apoio efetivo e compartilhamento de perspectivas e desafios, de forma compreensiva e instrumentalizadora.

Como se trata de um tratamento contínuo e complexo, a equipe de educadores em Diabetes deve ser multiprofissional, incluindo profissionais especializados em diferentes aspectos do tratamento do Diabetes, tais como: endocrinologista ou diabetólogo; nutricionista; oftalmologista; podólogo; especialista em exercícios físicos; psicoterapeuta; dentista; dermatologista; enfermeiro-educador; e fisioterapeuta (ADA, 2002).

Um programa reconhecido de educação em Diabetes precisa estar capacitado para fornecer uma orientação qualificada sobre a doença. Os programas educacionais devem oferecer: informações gerais sobre Diabetes e suas causas; ajuste psicológico para cuidar do Diabetes; uso de familiares e amigos para dar apoio e ensinar sobre a doença; explicações para que se compreenda o planejamento alimentar e a importância de combinar a dose de insulina com a quantidade e natureza das refeições; como praticar exercícios e evitar hipoglicemias; orientações sobre como tomar os medicamentos eficazmente, como a insulina por exemplo; como equilibrar nutrição, exercício e insulina; como testar a glicemia e registrá-

la de modo adequado; como lidar com hipoglicemia e hiperglicemia – os sintomas, causas e tratamentos; como manter uma boa higiene, inclusive da pele, pés e dentes; como intervir nos dias de doença; e como prevenir e tratar complicações de longo prazo (ADA, 2002).

Esta equipe de apoio pode aconselhar e ajudar na administração do Diabetes, mas dependerá do paciente tomar as decisões que protegerão sua saúde. Afinal, é ele quem irá seguir a dieta, fazer exercícios, tomar as medicações e realizar a automonitorização. Nesse contexto, o paciente pode ser comparado ao capitão do time, pois ele mesmo irá comandar e decidir sobre sua vida. Por isso, a educação em saúde é tão importante no tratamento do Diabetes: é o pilar que sustenta e o equilíbrio entre os elementos do tratamento.

Além disso, o paciente é o produtor do seu próprio processo de ensino-aprendizagem. Ele possui um papel ativo. Portanto, torna-se necessário uma abordagem educacional de forma mais interativa, mais atualizada e coerente com as novas demandas da sociedade (SASSO, SOUZA, 2006).

2.3 EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO POR MATERIAIS IMPRESSOS

Neste item, discutiremos o que os referenciais abordam sobre a comunicação por impressos na educação em saúde.

A necessidade de manter os pacientes informados é amplamente reconhecida e praticada nos atendimentos clínicos, o que motiva a produção de materiais educativos com o propósito de orientar e adaptar comportamentos, ou também como precaução para futuros acometimentos. Além disso, “os baixos custos envolvidos, assim como a popularização dos impressos editados em computadores pessoais, ajudaram a consagrar a editoração e reprodução de folhetos informativos para pacientes” (VASCONCELLOS-SILVA, RIVERA, ROZEMBERG, 2003, p. 532).

Em vista da importância das práticas educativas no cuidado com diabéticos e do uso disseminado de materiais impressos nessas práticas, é importante retomar e analisar, aqui, algumas pesquisas que enfocassem a utilização de materiais educativos impressos na saúde. Para avançarmos nesta pesquisa, é imprescindível conhecer como vêm ocorrendo o uso de materiais educativos como estratégia de educação em saúde e quais são os resultados obtidos por esse uso.

De uma forma geral, os materiais educativos na saúde têm o objetivo de divulgar conteúdos considerados importantes para a prevenção ou tratamento de uma enfermidade,

como é o caso dos materiais educativos sobre diabetes. Os conteúdos divulgados por estes materiais informam sobre mecanismos que determinam ou favoreçam um estado de saúde melhor, e procuram reforçar orientações transmitidas na linguagem falada, facilitar o processo de ensino-aprendizagem e contribuir na implementação pelo próprio indivíduo de cuidados necessários ao tratamento ou prevenção de uma doença.

A partir das mensagens transmitidas em impressos, os pacientes constroem sistemas de significação que envolvem suas subjetividades e individualidades nos seus âmbitos sócio-histórico, cultural, econômico e político. Essas mensagens são transmitidas por meio de textos, imagens, ilustrações, tabelas e gráficos, formando um mundo de signos que, quando recepcionados e/ou consumidos/apropriados pelos pacientes, se transformam numa variedade de possibilidades de leituras e usos.

2.3.1 Visão de comunicação presente nos materiais educativos impressos

Os processos comunicativos por materiais educativos, em sua grande maioria, ocorrem de forma linear, supondo que o êxito da prática educativa se fundamenta apenas ou principalmente na transmissão de informações (lógica transmissional). Essa prática se relaciona com os princípios da educação sanitária tradicional, pois focaliza a doença e recorre à instrução e à orientação de indivíduos como base numa expectativa de modificação de comportamentos e de valores para a promoção da saúde. Para Freire (1994, p. 33), na transmissão de conhecimentos, o objetivo é orientar, independentemente do contexto e dos indivíduos envolvidos, pois “quanto mais se dá mais se sabe”.

O modelo linear de comunicação e o discurso unidirecional não admitem espaços para negociação de sentidos, já que os sentidos são supostamente unívocos. Acredita-se que os indivíduos são homogêneos, como se estivessem fixados semântica e socialmente em um universo de sentidos únicos e imutáveis, e assimilassem os conteúdos dos materiais educativos da mesma maneira (VASCONCELLOS-SILVA, RIVERA, CASTIEL, 2003).

Parece haver uma tendência à generalização do público pelos produtores de materiais, tratando-o de maneira homogênea. A preocupação é “distributiva”, ou seja, abranger um maior número possível de pessoas, sem levar em consideração a segmentação do público e a negociação de sentidos com o receptor (KELLY-SANTOS, ROZEMBERG, 2005).

Essa tendência foi apontada pela pesquisa de Rozemberg, Silva e Vasconcellos-Silva (2002, p. 1692), que entrevistaram profissionais de um hospital para investigar o conjunto de

pressupostos e estratégias destes profissionais ao produzirem as mensagens impressas. Os autores apontaram que os produtores idealizam uma mensagem transmitida como geradora de um único e só efeito nos receptores. É como se existisse um “adequado e correto” universal que pudessem ser encontrados pelo consenso entre os formuladores do impresso e disponibilizados aos pacientes. Até mesmo o termo público-alvo, que foi utilizado por alguns profissionais de saúde nessa pesquisa, transmite uma idéia de um público homogêneo e estático, como se estivessem à mercê de informações ou como consumidores à procura de conceitos científicos, que estariam sob a mira de profissionais que atuam como atiradores de orientações.

Segundo a pesquisa de Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003), outra característica da comunicação por impressos consiste na lacuna existente entre profissionais e população, apesar de ocuparem o mesmo *espaço*. De um lado, os profissionais transmitem informações, de forma unidirecional, despidas de interesse pelo diálogo, excluindo a percepção dos diversos conteúdos sociais, biográficos e culturais que influenciam essa prática e seus resultados. Do outro lado, estão os sujeitos que buscam auxílio para algum comprometimento e são seres dotados de saberes, experiências e vivências próprias, que elaboram ativamente diversos significados diante das mensagens.

Para exemplificar, os autores disseram que as compreensões sobre problemas de saúde, tratamentos, cuidados, modos de vida saudável, dentre outros, podem ser diferenciadas entre profissionais e clientela. Um mesmo problema de saúde pode assumir um determinado significado para os profissionais, cujo sistema de referência, além de aspectos individuais e coletivos, corresponde à formação ou atuação destes nos serviços de saúde; e um significado diferente para os usuários do serviço, cuja experiência concreta, proveniente da vivência com o problema de saúde, determina seus pensamentos e compreensão de mundo (OLIVEIRA et al., 2007).

Na pesquisa de Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003, p. 1668), os materiais impressos foram classificados como próteses comunicativas no contexto hospitalar, pois estão desvinculados de aproximações pessoais e não consideram a segmentação do público. Os impressos operam um tipo de substituição da comunicação direta entre profissionais e pacientes, no intuito de ganhar tempo e objetividade no trabalho por meio do distanciamento. Os textos/imagens produzidos são “como resíduos de atos de fala especialistas no formato de mensagens de natureza fragmentária, amiúde redundantes e, por vezes, contraditórias”.

Estes autores apontaram que conteúdos utilizados nos materiais educativos complicavam ações simples e dificultavam o entendimento: *é aconselhável o decúbito lateral*

em lugar de *é aconselhável deitar de lado; há indicação de deambulação no 2º dia no lugar de é prudente retornar a caminhar; assim que a ferida formar tecido de granulação no lugar de assim que a ferida cicatrizar*. Os termos “decúbito lateral”, “deambulação” e “tecido de granulação” expressam práticas aparentemente simples e corriqueiras para os profissionais, mas não fazem parte do vocabulário cotidiano da população (VASCONCELLOS-SILVA, RIVERA, CASTIEL, 2003, p. 1672).

Além do uso destes termos, a impessoalidade era fortemente marcada pela preferência dada a termos técnicos em lugar de termos que expressam atos cotidianos, prevalecendo, portanto, a lógica clínica, como, por exemplo, em *higienize* ao invés de *lavar*, *administre antieméticos* no lugar de *dê remédios para enjôo*. Quanto maior a complexidade na fundamentação dos argumentos acerca de instruções a ser acatadas, maior a impessoalidade dos discursos que se apresentavam em tônicas imperativas (VASCONCELLOS-SILVA, RIVERA, CASTIEL, 2003).

Apesar de ser um processo comunicativo entre profissional e clientela, não existe interação e diálogo entre profissionais e população na comunicação por impressos. É como se não falassem a mesma língua: um pólo fala sem ser ouvido, e o outro quer ser respeitado e falar para poder ouvir. Como consequência, ocorrem déficits comunicativos entre a população e os profissionais. Para Oliveira et al. (2007), muitas vezes os materiais não passam de uma extensão do discurso hegemônico do modelo biomédico para oferecer informações gratuitamente aos pacientes por meio dos impressos.

2.3.2 Noções de receptor/sujeito adotadas pelos materiais

Os produtores dos materiais referem-se à clientela como receptores passivos dos conteúdos das mensagens transmitidas nos materiais impressos, e como tais, teriam sua atividade intelectual bloqueada pela sutileza e complexidade das informações. Esta seria uma visão estereotipada e distorcida da clientela, caracterizada pela “falta ou escassez de recursos materiais, culturais e simbólicos: *baixa renda, baixo nível cultural, sem instrução, nem o primeiro grau, pessoal do interior que não se alfabetizou, etc*”. Uma clientela caracterizada por diversas lacunas que possui um saber, mas é como se fosse um “saber vazio”, a ser preenchido ou corrigido (ROZEMBERG, SILVA, VASCONCELLOS SILVA, 2002, p. 1969; DUARTE, 2002).

Oliveira et al. (2007, p. 291) apontam que, na opinião dos profissionais de saúde, a clientela apresenta déficits cognitivos que, acrescidos pelos determinantes econômicos, culturais e educacionais, representam empecilhos ao bom entendimento das mensagens dos materiais educativos. Os autores usam como exemplo uma frase dita por um profissional: “*O QI do povo ainda é muito baixo*”.

As autoras Kelly-Santos e Rozemberg (2006, p. 980) relataram explicitamente a “condição de assujeitamento, via ‘desqualificação’ e ‘desvalorização’ do saber da clientela” ao estudar as relações de produção do binômio saúde-trabalho. As autoras investigaram a prática comunicativa por impressos em curso nos Programas de Saúde do Trabalhador, e evidenciaram que o saber operário é totalmente desacreditado. Predomina o ponto de vista do especialista, em detrimento dos saberes do público a que se destina.

Em um caso extremo, pacientes analfabetos foram comparados a crianças pequenas por um profissional de saúde, evidenciando a infantilização do adulto sem escolaridade. A comparação com uma criança significa que o indivíduo sem escolaridade precisa aprender tudo sobre o mundo, como se fosse uma criança de saber vazio e que tem o mundo desvelado por um adulto (ROZEMBERG, SILVA, VASCONCELLOS-SILVA, 2002; FREIRE, 1994).

O estudo de Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003) aponta que são muito freqüentes a infantilização de figuras e a “cartunização” de personagens nos impressos utilizados no câncer, sem considerar os impressos da pediatria. A existência de imagens apresenta uma função de adorno e embelezamento. Tentando simplificar os conteúdos e preocupados em se contrapor ao impacto emocional de contextos de sofrimento e dor, utilizam a infantilização do estilo textual e gráfico. Conseqüentemente, se expressa uma imagem do outro como um sujeito incapaz de dialogar em condições de igualdade, reforçando a lógica transmissional.

Seja assumindo uma postura de especialista em relação a um leigo, seja se percebendo como um adulto perante uma criança, estes impressos de vocação transmissional possuem a busca do contato com o outro por suas lacunas e não por seus potenciais. Não percebem nas práticas dialógicas a possibilidade de um enriquecimento mútuo na habilidade de negociar sentidos a partir de referenciais díspares (VASCONCELLOS-SILVA, RIVERA, CASTIEL, 2003, p. 1677).

2.3.3 Propósitos e motivações para a produção dos materiais

Existem diferentes motivações para a produção de impressos na educação em saúde: o de orientação, que busca o cumprimento de determinações normativas e monológicas,

excluindo a interação com os clientes; o da difusão de informações, que busca transferir informações sobre doenças para suprir uma demanda cognitiva da clientela; e o de contribuir na educação da clientela, tendo motivações dialógicas entre profissionais e pacientes, em um papel menos passivo do que na “educação bancária” (FREIRE, 1994). Essa motivação dialógica ocorre de forma rara nas práticas educativas, já que a grande maioria se pauta pela lógica transmissional.

Como os produtores dos materiais supõem em geral que a doença é fruto da “ignorância” da população, os materiais representam, para eles, um instrumento que pode combatê-la ao difundir informações técnicas e eliminar hábitos inadequados. Os materiais educativos são considerados, portanto, como recursos que possuem a tarefa de alinhar comportamentos, de inserir na sociedade normas e padrões de comportamentos, noções adequadas de higiene e mudanças de hábitos. Sua missão educativa se concentraria em revelar verdades, e não ocultá-las. Supõe-se que as afirmações vinculadas a um objeto ou fato biológico sejam em si mesmas verdadeiras e acessíveis ao conhecimento da população por meio dos materiais educativos.

Pressupõe-se também que a disseminação/divulgação das informações garante a adesão dos pacientes às orientações. Isto foi apontado pelo estudo de Kelly-Santos e Rozemberg (2005) quando investigaram os processos comunicativos mediados por impressos no binômio saúde-trabalho sob a perspectiva dos produtores. Identificaram que o pólo emissor confere a esta prática comunicativa a função de possibilitar o acesso dos trabalhadores às informações sobre os serviços de saúde e os determinantes do processo saúde-doença neste contexto.

O estudo de Vasconcellos-Silva, Rivera e Castiel (2003) apontou que o objetivo do material elaborado pelos profissionais de saúde era de alinhar comportamentos para manter pacientes fora de risco. Partiam da premissa de que os pacientes necessitam de entendimento para a ação, como indivíduos consumidores à procura de informações científicas. Os autores ressaltam que, na visão destes profissionais-produtores, é indispensável que pacientes sigam uma regulamentação técnica para alinhar seus comportamentos, que é validada em normas apoiadas em um saber complexo, pouco acessível aos leigos, mas que está disponível “caridosamente” nos textos/imagens dos materiais educativos.

Muitas vezes, a tentativa de alinhar comportamentos resulta num desrespeito à cultura dos pacientes. As referências culturais do indivíduo perpassam toda sua percepção e construção de conhecimentos, suas relações sociais e influenciam na aceitação ou não das

orientações. Quando as orientações transmitidas aos pacientes vão contra suas referências culturais, elas serão negadas e rejeitadas.

Lefèvre (1980) apontou que, para a prática educativa combater a esquistossomose, ela tentava mudar radicalmente os hábitos tradicionais das populações afetadas pela doença. Considerava-se a esquistossomose como resultado de hábitos inadequados (defechar a céu aberto, banhar-se em água contaminada, lavar roupa e pescar em rios contaminados), que deveriam ser inibidos e substituídos por novas práticas (tomar banho em chuveiros, lavar roupa em lavanderias, evitar a pesca em águas contaminadas e utilizar a privada como destino para os dejetos). Ao tentar modificar os hábitos, que são comportamentos ancorados na cultura e considerados firmemente como bons, normais, naturais, os profissionais não conseguiram reduzir a incidência de esquistossomose na comunidade. Comprovou-se que o desrespeito à cultura do indivíduo para alinhar comportamentos dificilmente conduz “ao objetivo final almejado, ou seja, à mudança efetiva, profunda e duradoura de comportamentos” (LEFÈVRE, 1980, p. 403).

2.3.4 Preocupações mais frequentes dos produtores dos materiais

Uma preocupação frequente dos produtores dos materiais educativos refere-se à distribuição. Um material educativo precisa ser entendido por todos os públicos, tanto por profissionais como pelo público destinado. Por isso, ele é polivalente, buscando “linguagem clara e simples” para que seja “compreendido” por diferentes pessoas e amplamente distribuído. Supõe-se que quanto mais pessoas forem “atingidas”, maior será o êxito nas ações educativas (ROZEMBERG, SILVA, VASCONCELLOS-SILVA, 2002, p. 1689).

Outra preocupação frequente refere-se ao uso de linguagem adequada e de imagens que facilitem a transmissão da mensagem no material. Entretanto, essa preocupação ocorre em razão da pressuposição segundo a qual a população tem déficits de cognição e dificuldades de compreensão.

De acordo com Rozemberg, Silva e Vasconcellos-Silva (2002), a adequação da linguagem para o público é entendida como uma tradução de códigos unívocos. Acredita-se que uma linguagem acessível é usar termos de fácil entendimento pelo público, como se fosse uma tradução de termos técnicos contidos em textos científicos para explicar doenças e tratamentos em termos acessíveis aos usuários. Entretanto, os autores destacam que a linguagem está aprisionada nos seus códigos e não em seu significado. Utilizar uma

linguagem adequada não é uma tradução simplificada do seu significado, mas é aquela que está dentro da realidade dos indivíduos.

2.3.5 Recomendações para a produção e uso dos materiais na saúde

Na revisão de artigos sobre uso de impressos na educação em saúde, foram encontradas algumas recomendações sobre os mesmos. Discutem-se a seguir as principais delas.

Segundo alguns trabalhos, não se devem subestimar os saberes prévios de qualquer interlocutor da mensagem a ser transmitida, como se ele fosse um papel em branco no qual o profissional de saúde deve imprimir regras de comportamentos ideais, “preparando-o para assumir atitude de mera peça da engrenagem nas campanhas e nunca um todo participante” (OLIVEIRA et al., 2007, p. 291).

Para que haja comunicação por materiais educativos entre profissionais e clientela, é necessário que o produtor seja “capaz de conhecer as condições estruturais em que o pensar e a linguagem do povo, dialeticamente, se constituem”. É fundamental dialogar com os indivíduos sobre sua “situação existencial, concreta, presente, como problema que, por sua vez, o desafia e exige uma resposta no nível da ação” (FREIRE, 1994, p. 49).

O papel do educador não é impor à clientela a adoção de comportamentos de forma autoritária, mas implementar um diálogo sobre fatos concretos da vida do indivíduo, favorecendo sua autonomia e conscientização. É fundamental a participação da comunidade na produção e controle da comunicação por materiais educativos, o que possibilita capacitá-la para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. Ao passo que se abrem espaços para negociação de sentidos, facilita-se a problematização da realidade, onde o indivíduo se torna capaz de desafiá-la e modificá-la, possibilitando a promoção da saúde.

Outra recomendação refere-se à avaliação dos resultados do uso do material. De acordo com Kelly-Santos e Rozemberg (2005), a ausência de experiências que avaliem os materiais educativos se contrapõe à quantidade de impressos que são utilizados. São precárias as referências que pesquisam sobre a eficiência ou não dos materiais educativos para dar acesso aos trabalhadores às suas necessidades.

Rozemberg, Silva e Vasconcellos-Silva (2002, p. 1686) apontam que a avaliação do material educativo, quando ocorre, raramente escapa do enfoque quantitativo e mecanicista das “escalas de atitudes e opiniões” ou oferecem resultados já mais ou menos previstos, como

os exemplos que os autores citam: *o público está sensibilizado...* ou *os pacientes agora sabem melhor* ou *aprendeu um pouquinho mais sobre a doença*. Estas supostas avaliações nada esclarecem sobre as estratégias e experiências de apropriação das mensagens por parte dos usuários.

Para Kubota et al. (1980), além de adequar o material educativo à compreensão e à realidade da clientela por meio de uma metodologia participativa, o uso de materiais educativos deve ser complementado por outras práticas educativas, pois estes materiais não podem ser considerados como fins em si mesmos. Para o autor, a educação em saúde representa um processo e utilizar somente um material educativo não garante bons resultados. Deve-se sempre complementar a distribuição do material com orientações sobre seu conteúdo. O autor ressalta que utilizar qualquer material educativo isoladamente resultará na pouca validade para a ação educativa.

2.3.6 Pesquisas que trabalharam com metodologia participativa

Algumas pesquisas que produziram materiais educativos implementaram a construção conjunta de conhecimentos entre profissionais e população, evidenciando a efetividade e a importância desta metodologia.

Mesmo dentro de um contexto impregnado de racionalidade e impessoalidade, Ribeiro et al. (2004) consideraram que obtiveram um bom resultado com uma estratégia de participação do público na produção do material educativo. Eles desenvolveram um álbum seriado que atendesse as necessidades educativas da população (crianças e adultos) sobre a esquistossomose, tendo em vista o índice de analfabetismo e o baixo nível de escolaridade. Partindo dos interesses dos participantes e da experiência de cada um, selecionaram os assuntos a serem abordados estimulando a troca de experiências. Os autores relatam que houve aumento do conhecimento da população sobre a doença, a adesão ao tratamento foi maior e os índices de reinfecção, menores.

Propondo construir facilitadores do processo de aprendizado que promova o *empowerment* dos indivíduos, Grippo e Fracolli (2008) produziram uma cartilha sobre desenvolvimento infantil, gestação e crescimento saudável. Elas se preocuparam em utilizar uma linguagem acessível aos familiares e chamar a atenção para ações simples que muitas vezes eram pouco valorizadas pelos pais, mas que tinham um impacto muito significativo no desenvolvimento da criança. Procurando propor práticas possíveis e realizáveis dentro da

realidade e do contexto do indivíduo, este material educativo foi um promotor de habilidades e capacidades do indivíduo e comunidade rumo à qualidade de vida.

Souza et al. (2003) delinearão os passos do desenvolvimento compartilhado de um material educativo, junto com merendeiras e serventes de escolas da rede pública, a partir de uma investigação participativa. Para as autoras, um estudo participativo resulta num compromisso de formação dos indivíduos, num processo de construção de autonomia do saber no campo da saúde e trabalho. De um lado estavam as pesquisadoras representando o saber formal, fundamentados na concepção de que o sujeito pode transformar sua realidade; e de outro o saber fazer, ou seja, o saber construído na prática cotidiana do seu trabalho e nas relações sociais que são submetidos. Dessa forma, surgiu um espaço de fala, onde os trabalhadores e pesquisadores puderam expor suas idéias, de maneira a superar seus preconceitos e construir coletivamente um novo sentido para suas experiências por meio de uma vivência participativa.

Empregando nas oficinas elementos facilitadores e centrais no método de trabalho, tais como diálogo, autonomia, solidariedade e participação, elaborou-se um material informativo/educativo que socializava os conteúdos problematizados pelos trabalhadores nas oficinas em saúde. Além de informar, o uso de significados presentes na realidade dos indivíduos estimulou, segundo as autoras, a reflexão dos mesmos, e o espaço de aprendizagem coletiva exercitou e aumentou a autonomia dos indivíduos sobre sua própria vida (SOUZA et al., 2003).

2.3.7 Pesquisas que estudaram práticas de leitura

No referencial levantado, não encontramos pesquisas que investigassem a leitura na educação e comunicação em saúde. Algumas pesquisas produziram materiais, outras avaliaram materiais pré-existentes, mas nenhuma investigou especificamente a leitura destes materiais. Uma pesquisa analisou a compreensão, o que não abrange toda a complexidade de uma leitura.

A pesquisa de Kubota et al. (1980, p. 108) obteve resultados cuja discussão é interessante. Estes autores investigaram a compreensão das mães em relação a um material sobre alimentação da criança e descreveram algumas dificuldades que elas tiveram nas interpretações da linguagem, ilustrações, distribuição e seqüência lógica do texto. Apontaram que cerca da metade dos participantes tiveram dificuldade em compreender a apresentação

esquemática do título, as abreviações, os horários discriminados (19, 22 e 23 h) e as representações das faixas etárias. Além disso, constatou-se que alguns termos como *hortaliças*, *acelga* e *rúcula* não eram do conhecimento das mães, e que algumas frases não foram interpretadas adequadamente, como *dar um legume novo do ano* para explicar *legumes de época*, *usar conjuntamente verduras e legumes* para esclarecer *use partes iguais*.

Para estes autores, são dignas de assinalar certas interpretações dadas às mensagens, que não correspondiam à realidade: *descasque a parte central* foi entendido como *parte de dentro da laranja*, *descascar a laranja inteira* como *parte de cima de laranja*. As mães ressaltavam que “*explicando dá para entender*” quando se esclarecia aquilo que elas apresentavam dificuldades (KUBOTA et al., 1990, p. 106).

Os resultados do estudo de Kubota et al. (1990) foram interessantes porque constatou-se que o uso de uma linguagem inadequada ao público destinado resultou na compreensão inadequada de diversos termos no material e, conseqüentemente, em prejuízos na vida do próprio indivíduo.

Para esta pesquisa, é fundamental a participação da comunidade na produção e controle da comunicação por materiais educativos, o que possibilita capacitá-la para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde. A utilização de materiais educativos deve ocorrer no processo de negociação de significados, tentando superar o modelo biomédico desde a produção até a recepção destes materiais. Ao favorecer sua inclusão na produção de conhecimentos, facilita-se a problematização da realidade e a compreensão pelos leitores, possibilitando a promoção da saúde.

O propósito de produzir um material não deve recair sobre a necessidade de corrigir comportamentos, já que não pode descartar o conhecimento do indivíduo. Freire (1994, p. 49) comenta que é necessário dialogar com os indivíduos sobre sua “situação existencial, concreta, presente”, para conhecer as racionalidades, motivações, lógicas de utilização e sentido das mensagens informativas/educativas, no universo do público aos quais são endereçadas.

Nesta perspectiva, o sujeito/leitor não possui um saber vazio, pois apresentam valores, crenças, costumes, percepções e vivências que interferem na sua produção de sentidos. Preconiza-se a valorização do saber da clientela, respeitando-a e incluindo-a na construção de conhecimentos.

Conforme Levy et al. (2007) ressaltaram, consideramos que educar em saúde significa dirigir o trabalho no sentido de atuar com conhecimento das pessoas, o saber popular, para que elas desenvolvam um juízo reflexivo e crítico com capacidade de intervir sobre suas vidas

e sobre o ambiente com o qual interagem, de forma que elas possam apropriar-se de sua própria existência.

Diante disso, ressalta-se a necessidade de “explorar para conhecer as pessoas, sobre o que se quer intervir, como elas pensam, agem e percebem o mundo, sob pena de, não o fazendo, poder enfrentar sérias dificuldades” para se trabalhar com educação em saúde (OLIVEIRA, 2007, p. 288).

3 A LEITURA FUNDAMENTADA NA SEMIÓTICA SOCIAL

3.1 LEITURA: PRÁTICA HISTÓRICA, SOCIAL E CULTURAL DE PRODUÇÃO DE SENTIDOS

A leitura, como objeto de estudo e análise, assumiu diferentes perspectivas em contextos sociais distintos ao longo dos últimos anos, e várias abordagens teóricas sobre ela circularam no Brasil. A leitura pode ser considerada sob diferentes aspectos: como engajamento do indivíduo; como interação com o texto; como decodificação de signos linguísticos; ou como produção de sentidos (ANDRADE, 2003; SOLÉ, 1998).

Nesta pesquisa, trataremos a leitura na perspectiva do discurso que a considera como produtora de sentidos. O ponto relevante nesta perspectiva é o espaço social, pois é no momento de interação com os leitores que se instaura a discursividade. A leitura é uma atividade humana produzida no momento de interação entre texto/imagem¹ e leitor, desencadeando o processo de significação (ORLANDI, 1983, p. 193).

O ato de ler implica num processo discursivo constituído socialmente, que pode ser entendido no domínio do discurso. A linguagem não representa apenas um instrumento de comunicação, ela é uma produção. Ela não é importante somente pelo conteúdo referencial que traz, mas pelas implicações psíquicas, sociais e, principalmente, ideológicas de seu uso (ANDRADE, 2003, p. 21).

Portanto, se a linguagem é trabalho, se seu uso é um ato social e se a relação entre linguagem e exterioridade é constitutiva, é de extrema importância compreender os sentidos no espaço discursivo criados na comunicação por impressos na educação em Diabetes.

O discurso não ocorre de forma abstrata, mas como parte de um mecanismo de funcionamento socialmente definido, onde o discurso define o lugar de singularidade individual e coletiva. Como o discurso se relaciona com o contexto de enunciação e com o contexto sócio-histórico, ele apresenta uma incompletude, ou seja, uma multiplicidade de sentidos possíveis (ORLANDI, 1983; ORLANDI, 2001a):

Assim, o texto não resulta da soma de frases, nem da soma de interlocutores: o(s) sentido(s) de um texto resulta(m) de uma situação discursiva, margem de enunciados efetivamente realizados. Esta margem – este intervalo – não é vazio, é o espaço determinado pelo social (ORLANDI, 1983, p. 194).

¹ Nesta pesquisa considera-se texto não somente o conjunto de palavras, mas a união de imagens e palavras como unidade pragmática. Por isso, iremos nos referir nesta pesquisa à leitura do conjunto texto/imagem.

A noção de que o leitor interage com o texto/imagem nos permite pensar que não se trata de uma relação sujeito/objeto, mas de uma relação entre o leitor e o autor, mediados pelo texto/imagem. Trata-se de considerar o texto/imagem como lugar de interação entre falante e ouvinte, autor e leitor. Uma vez que o homem não é isolável nem de seus produtos (cultura), nem da natureza, considera-se a leitura como relação entre o homem e a realidade natural e social. Leitura também é trabalho (ORLANDI, 2001a, p. 17).

Além disso, quando se diz algo, ou se escreve algo, diz-se ou fala-se de algum lugar da sociedade para alguém que ocupa outro lugar na sociedade, e isso faz parte da significação. Os códigos e características da comunidade onde se insere o sujeito irão produzir diferentes significações.

3.1.1 Noções de leitura na perspectiva discursiva

Os estudos de leitura na perspectiva discursiva permitem estudar as condições de produção de leitura por meio de uma perspectiva ampliada, considerando as noções de sujeito e leitor. Nesse contexto, a leitura é considerada como produzida e produtora de sentidos, vislumbrando sua relação de interação, suas condições de produção e a incompletude do texto. Como o texto é uma produção “inacabada”, “incompleta”, sempre serão possíveis novos sentidos (ANDRADE, 2003, p. 22).

A noção de incompletude não se refere ao texto propriamente dito, pois este possui começo, meio e fim, mas se refere às suas condições de produção e de discursividade, ou seja, da relação com a situação e com os interlocutores, o que envolve a intersubjetividade (ORLANDI, 1983, p. 195).

Da noção de incompletude, derivam-se três outras que a definem: o implícito, a intertextualidade e a interdiscursividade. A intertextualidade representa o caráter de um texto que “tem relação com outros textos nos quais ele nasce (sua matéria-prima) e/ou para os quais ele aponta (seu futuro discursivo)”. Dessa forma, um discurso se estabelece baseado em um discurso prévio e se direciona a outro discurso frente ao qual, naquele momento, é uma resposta. Não se trata, portanto, de um discurso, mas de um *continuum*. Refere-se ao estado de processo discursivo que deve ser compreendido como resultado de processos discursivos determinados (ORLANDI, 1983; ORLANDI, 2001a).

Mesmo aquilo que se poderia dizer e não se diz, mas que, em condições determinadas de produção, está implícito, também constitui o espaço de discursividade daquelas condições

(são elementos implícitos, por isso abrangem também pressupostos e subentendidos nessa relação) (ORLANDI, 1983, p. 194-5).

Dessa forma, os sentidos que podem ser lidos podem não estar explicitamente apresentados, os sentidos de um texto passam pela relação deles com outros textos. Isso mostra como a leitura pode ser um processo bastante complexo, que envolve muito mais habilidades que se resolvem no imediatismo da ação de ler. Portanto, saber ler é saber aquilo que o texto diz e o que ele não diz, mas o constitui significativamente (ORLANDI, 2001b, p. 11).

Outro elemento pertinente a esse processo é a interdiscursividade, que se refere a uma série de formulações que fazem parte de outros discursos distintos e dispersos. É definido como aquilo que fala antes, em outro lugar, um saber que se instalou, proveniente do contexto social, que configura uma memória discursiva, conhecimentos que fazem parte das objetivações genéricas que se configuram como ideologia. Todo mundo tem uma leitura do mundo, da sociedade em que estamos, e essa leitura perpassa o texto escrito e a leitura de outros textos. Todos esses sentidos já ditos por alguém, em algum lugar, em outros momentos, mesmo muito distantes, têm um efeito sobre o discurso atual. Desse modo, uma condição de leitura que está sempre presente é a nossa visão de mundo, nossa ontologia (ORLANDI, 1988; ANDRADE, 2003).

É preciso distinguir o significado de interdiscurso e intertexto. Ambos mobilizam relações de sentido, ou seja, os sentidos resultam de relações e não existe discurso que não se relacione com outros. No entanto, interdiscurso é da ordem do saber discursivo, armazenado na memória que é afetada pelo esquecimento, enquanto o intertexto restringe-se à relação de um texto com outros textos, onde o esquecimento não é estruturante como no interdiscurso. Para ocorrer um interdiscurso, é preciso que o que já foi dito por um sujeito específico, em um momento particular, se apague na memória para que, passando para o “anonimato”, possa fazer sentido nas palavras de outro sujeito (ORLANDI, 2003).

Segundo Orlandi (2001b), outra questão fundamental para se pensar a leitura na perspectiva discursiva é que toda leitura tem sua história, ou seja, o sentido de um texto varia de acordo com as condições em que lhe foram atribuídos sentidos. Por exemplo, as leituras possíveis hoje não foram possíveis em épocas anteriores, e talvez não sejam possíveis no futuro. É o leitor e suas circunstâncias sócio-históricas que determinam a leitura.

Na consideração do aspecto histórico da leitura, há outro lado: trata-se do fato de que todo leitor tem sua história de leituras. O conjunto de leituras já feitas pelo leitor configura

sua compreensão de texto, isto é, podem alargar ou restringir sua compreensibilidade (ORLANDI, 2001b).

3.1.2 Modos de interação na leitura

Nesta perspectiva interativa, diferentes estratégias de leitura podem surgir, correspondendo a diferentes modos de interação na leitura. Essas estratégias referem-se ao grau de relação entre leitor e texto/imagem, podendo variar desde uma *leitura parafrástica*, que se caracteriza pelo reconhecimento (reprodução) de um sentido que se supõe ser do texto/imagem (dado pelo autor ou por terceiros), até uma *leitura polissêmica*, que se define pela atribuição de múltiplos sentidos não previstos ao texto/imagem. Num discurso literário, por exemplo, a possibilidade de leitura polissêmica é maior, já que a capacidade individual criativa mobilizada pelo ato de ler é maior; e num discurso científico, a possibilidade de leitura polissêmica é menor, pois a leitura é assimilativa (por isso, parafrástica) (ORLANDI, 1983, p. 200).

As leituras parafrástica e polissêmica se distinguem de forma gradual. Como há sempre uma ação por parte do leitor e a leitura é um processo de interação, o grau de inferência implicada na leitura pode variar amplamente, desde um ponto mais baixo – leitura parafrástica – até um ponto mais alto – leitura polissêmica (ORLANDI, 1983).

Na tensa relação entre paráfrase e polissemia, todos esses componentes das condições de produção de leitura atuam em relações relativas, de posições histórica e socialmente determinadas, em que o simbólico (linguístico) e o imaginário (ideológico) se juntam, constituindo as condições de produção de leitura (ORLANDI, 2001b, p. 11).

A diversidade da leitura está relacionada com o sujeito histórico, interpelado ideologicamente e, por conseguinte, inscrito em uma determinada formação discursiva. Para Orlandi (2001b, p. 10), o modo de leitura assumido pelo leitor tem relação com os aspectos que são relevantes para o leitor:

- a) Relação do texto com o autor (O que o autor quis dizer?)
- b) Relação do texto com outros textos (Em que este texto difere de tal texto?)
- c) Relação do texto com o seu referente (O que o texto diz de alguém?)
- d) Relação do texto com o leitor (O que você entendeu?)

Dentro dessa idéia de produção de leitura, esta pesquisa objetiva distinguir diferentes graus de inferência e compreensão, entre o pólo mais parafrástico e o mais polissêmico. Nesta

tentativa, a Semiótica Social contribui originalmente, pois ela se refere às possibilidades de leitura de imagens e textos como variáveis segundo seus leitores (BARTHES, 1990; ORLANDI, 1983).

3.1.3 Condições de produção do discurso

Como o leitor é produzido socialmente e seus sistemas de significações construídos a partir de mensagens que possuem uma estreita relação com o contexto, esse processo envolve a subjetividade e a individualidade de cada sujeito em seu âmbito sócio-histórico, cultural, econômico e político.

Quando lemos, estamos produzindo sentidos (reproduzindo-os ou transformando-os). Mais do que isso, quando estamos lendo, estamos participando do processo (sócio-histórico) de produção de sentidos e o fazemos de um lugar e com uma direção determinada (ORLANDI, 1988, p. 59).

Dessa forma, o sentido é inesgotável e remete sempre à ação, para a dinâmica da vida social. O sentido não se refere como “algo em si”, mas como “algo em relação a”, pois são partes de um processo. O ato de ler é o momento que traz à existência as possibilidades de sentido do texto/imagem. Não há sentidos dados, eles são construídos por/pelos sujeitos inscritos numa história, num processo simbólico duplamente descentrado pelo inconsciente e pela ideologia. Os sentidos realizam-se num contexto, mas não se limitam a ele. Tem uma historicidade, têm um passado e se projetam num futuro (BACCEGA, 1995; ORLANDI, 2003; ORLANDI, 1988; ORLANDI, 1998).

Embora exista a possibilidade de múltiplos sentidos, de fato não se pode negar que, enquanto parte do funcionamento social, a linguagem é regulada, ou melhor, as situações de linguagem são reguladas: “não se diz o que se quer, em qualquer situação, de qualquer maneira. Também não se pode entender o que se quer, de qualquer maneira, em qualquer situação” (ORLANDI, 2001b, p. 86). Os mecanismos de qualquer formação social têm regras de projeção que estabelecem a relação entre as situações concretas e as representações (posições) dessas situações no interior do discurso, se referindo à relação de forças inerentes ao processo (ANDRADE, 2003; ORLANDI, 2001a).

Essas relações de força e as especificidades sociais, além do contexto histórico-cultural, determinam as condições de produção dos sentidos e o contexto de utilização destes. Além disso, existem diferentes sujeitos e diferentes tipos de discurso que também determinam essas condições de produção (ORLANDI, 2001b; ORLANDI, 1988).

A noção de tipo é observada na relação entre processo e produto da leitura. Na interação estabelecida pela leitura, a capacidade do leitor em reconhecer o tipo de discurso (produto) em um espaço discursivo (processo) determina a relevância de certos fatores, e não de outros, para a significação do texto em questão. O tipo de discurso é o que determina as condições de significação de qualquer dizer. Aquilo que é relevante em um tipo de discurso pode não sê-lo em outro (ORLANDI, 1988, p. 198).

Considera-se que o tipo (produto) como funcionamento discursivo (processo) se cristaliza historicamente. Dessa forma, determinadas configurações se institucionalizam socialmente e se tornam típicas, constituindo, historicamente, “modelos” para o funcionamento de qualquer discurso. E o tipo de discurso, evidentemente, constitui a legibilidade de um texto, quando se pensa a legibilidade em relação ao uso efetivo da linguagem e não apenas como prioridade imanente do texto. Ou seja, a legibilidade de um texto não depende só da coesão gramatical e da consistência lógica de idéias, deve-se considerar a relação do leitor com o texto e o contexto onde ocorre essa interação discursiva (ORLANDI, 1988, p. 198; ANDRADE, 2003).

No funcionamento discursivo, existe um sujeito que fala no texto, um sujeito pelo qual se fala no texto e um sujeito que se origina do texto. Na frase “O presidente assumiu o seu cargo”, por exemplo, temos o autor da frase falando, “presidente” é o sujeito falado e a Política Nacional é o sujeito que deriva do contexto textual. Uma variante nesta perspectiva pode ocorrer quando o sujeito que fala adota o verbo na primeira pessoa e utiliza o seu ponto de vista. Algumas vezes, o terceiro nível de sujeito pode ser o mais difícil de ser identificado, pois necessita da percepção do texto como um todo (ORLANDI, 1988, p. 199).

A função de cada nível de sujeito, assim como a maneira com que se dá a dinâmica de sua inter-relação, varia de acordo com os diferentes tipos de discurso. Isto corresponde a estratégias de leitura diferentes, que correspondem a diferentes modos de interação na leitura, correspondente aos diferentes tipos de discursos (ORLANDI, 1988).

3.1.4 Compreensão, interpretação e leitura

O comportamento final do indivíduo frente aos materiais educativos será influenciado pela capacidade e forma de interpretação/compreensão e pelo imaginário do indivíduo, que sofrem fortes influências de fatores socioculturais. Conseqüentemente, diferentes leituras poderão surgir de uma mesma mensagem do material educativo (OLIVEIRA et al., 2007).

Para a Análise do Discurso (AD), o estudo da leitura visa “compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos, analisando assim os próprios gestos de interpretação que ela considera como domínio simbólico, pois eles intervêm no real sentido” (ORLANDI, 2003, p. 26). A AD trabalha os limites da interpretação, seus mecanismos, como parte dos processos de significação. Ela não procura uma chave de interpretação, porque esta não existe. O que existe são gestos de interpretação que constituem o texto e o leitor com seus dispositivos particulares (ORLANDI, 2003).

Usando o exemplo de Orlandi (2003, p. 26), poderemos distinguir interpretação de compreensão. Em uma situação “x”, Maria diz que Antônio vai ao cinema. João pergunta como ela sabe e ela responde: “Ele disse isso”. Interpretando: “ele” representa Antônio e “o que” ele disse é que vai ao cinema. Nas palavras de Maria, pode-se compreender que ela não quer ir ao cinema com Antônio, ou que Antônio é quem decide tudo, ou que ela está indo para outro lugar, ou que Antônio não a convidou, etc.

Dessa forma, interpretação é o sentido quando se pensa o co-texto (outras frases do texto) e o contexto imediato. A interpretação pode ocorrer por filiação, ou seja, filiando-se a este ou aquele sentido, ou por um processo de identificação: ao fazer sentido, o sujeito se reconhece em seu gesto de interpretação.

Compreender é mais que isso, é saber como um objeto simbólico (enunciado, texto, pintura, música, etc.) produz sentidos. É saber como as interpretações funcionam. Quando se interpreta já se está preso em um sentido. A compreensão procura explicitar os processos de significações presentes no texto/imagem e permite que se possam “perceber” outros sentidos que estão ali, compreendendo como eles se constituem (ORLANDI, 2003, p. 26).

Em suma, a Análise do Discurso visa a compreensão de como um objeto simbólico produz sentidos, como ele está investido de significância para e por sujeitos. Essa compreensão, por sua vez, implica em explicitar como o texto organiza gestos de interpretação que relacionam sujeito e sentido. Produzem-se assim novas práticas de leitura (ORLANDI, 2003, p. 26).

Um fator que é determinante para a compreensão são os objetivos ou intenções da leitura. Sempre que lemos algo o fazemos para alcançar alguma finalidade. A atividade de leitura é dirigida pelos objetivos que se pretende diante dela. O leque de objetivos e finalidades que faz com que o leitor se situe perante um texto/imagem é amplo e variado: informar-se de um determinado fato ao ler um jornal; seguir instruções para realizar uma determinada atividade, como cozinhar; obter conhecimento sobre manuseio e funções de um equipamento, como na compra de uma televisão; obter informações sobre tratamento de uma

doença rumo à melhoria da condição clínica, como em um material educativo, etc. (SOLÉ, 1998, p. 40).

Como o leitor constrói o significado do texto/imagem, a questão dos seus objetivos é crucial, porque determina tanto as estratégias responsáveis pela compreensão, quanto o controle que, de forma inconsciente, ele exerce sobre a leitura à medida que lê. Enquanto lê e compreende o texto/imagem, está tudo certo para o leitor, mas não percebe que, além de ler, ele controla o que vai compreendendo. No entanto, quando aparece no texto um problema ou um obstáculo que lhe impede a compreensão, o leitor se dá conta e interrompe a leitura, dedicando maior atenção para desfazer o obstáculo. Dessa forma, o controle da compreensão representa um requisito essencial para ler eficazmente, pois “emite” um sinal de alerta quando não entendemos a mensagem de um texto, evitando uma leitura improdutiva (SOLÉ, 1998, p. 41-2).

Entretanto, não basta apenas ter uma finalidade para que uma pessoa possa se envolver na atividade de leitura. É necessário também que ela se sinta capaz de ler, de compreender o texto/imagem que tem em mãos, tanto de forma autônoma como contando com a ajuda de outros como suporte. Para isso, o conteúdo necessita estar ligado aos interesses da pessoa que tem que ler e, naturalmente, se a leitura deste corresponde a um objetivo. Por outro lado, o interesse também se cria, se suscita e, em diversas situações, ele depende do entusiasmo e da apresentação que um professor ou um profissional de saúde faz de uma determinada leitura, por exemplo. Depende também que o material “permita” que ele seja compreendido ao se apresentar numa linguagem adequada para o leitor (SOLÉ, 1998, p. 43).

Essa reflexão recai sobre a noção de um leitor que atua como sujeito ativo, o que implica no reconhecimento da existência de um objetivo que guia a leitura ao se processar e examinar um texto/imagem. Já que o texto/imagem não contém em si todos os sentidos objetivamente, o leitor deve ser ativo, produtivo e criativo em sua ação individual de ler. Por essa razão, alguns autores supõem a leitura como uma atividade de solucionar problemas, que estão determinadas por regras e convenções sociais (MARCUSCHI, 1985, p. 45; SOLÉ, 1998, p. 40).

A leitura é um meio de organizar os conhecimentos, de construir, amparar, organizar e ampliar as interações sociais entre, por exemplo, pacientes e profissionais de saúde (ANDRADE, 2003).

A leitura de materiais educativos representa um campo de negociação de sentidos na medida em que emissor e receptor interatuam como sujeitos sociais, produzindo novos sentidos para as mensagens. Para que se possa desenvolver, na educação em saúde, formas de

leituras mais adequadas, é preciso que se aplique estes elementos na constituição da leitura. Deve-se incluir nas condições de produção de leitura, o conhecimento de mecanismos discursivos que fazem parte do uso da linguagem pelo público a que se destinam os materiais educativos. Dessa forma, o sujeito/leitor estará capacitado para discutir de forma competente e implementar cuidados para a própria saúde de forma consciente (OLIVEIRA, 2007; ORLANDI, 1983).

É de acordo com a perspectiva acima que buscamos compreender a leitura no contexto da saúde, local privilegiado onde se utilizam diversos materiais educativos visando à obtenção de conhecimento nos mais diversos assuntos. É importante ressaltar que não iremos atribuir valores às diferentes leituras, privilegiando a leitura polissêmica em detrimento à parafrástica, ou vice-versa. Como sabemos, a leitura é seletiva, portanto, os modos de leitura dependem das condições e dos objetivos da leitura, ou seja, da forma de interação que ela estabelece (ORLANDI, 1983, p. 201).

Esta pesquisa refere-se a um estudo da produção de significados por meio da leitura de textos e imagens pelos indivíduos diabéticos na medida em que se constituem como sujeitos sociais, procurando compreender, de modo particular, o espaço de interação próprio em grupos de educação em Diabetes.

Vemos, portanto, a comunicação por impressos como um interessante instrumento para compreender como diferentes grupos sociais representam diferentemente o mundo, compartilham significados e lutam para construir o sentido da realidade que mais lhes convém. Consistirá em uma análise do que se revela entre o texto/imagem e seu consumo/leitura, observando de que modo são produzidos significados pelos leitores.

3.2 SEMIÓTICA SOCIAL: OS SIGNOS NO SEU PROCESSO CONCRETO DE EXISTÊNCIA

O referencial teórico utilizado na análise dos materiais educativos impressos e na leitura destes materiais é a Semiótica Social, que descreve a produção de significados potenciais por meio das mensagens considerando o sujeito-leitor no seu contexto social.

A Semiótica Social tem sua origem na Semiótica, mas dela também se afasta. A Semiótica tradicional pretende ser a ciência dos signos, que busca compreender as leis, regras e princípios que fundamentam as formas de comunicação e significação. Mas assim definida, a Semiótica acaba estudando os signos e os textos de forma isolada, enfatizando estruturas e

códigos, e nem tanto seus usos sociais e processos de representação na natureza e na cultura para a produção de conceitos ou idéias.

Para a Semiótica tradicional, os significados relevantes estariam “congelados” e “fixados” no próprio texto e deveriam ser extraídos e decodificados pelo leitor, sendo esta a sua única função. O autor é considerado “onipotente”, no sentido de que sua capacidade de produzir significados precisos seria praticamente ilimitada. O código, por sua vez, é considerado impessoal, neutro e universal, uma vez que, compartilhado por seus usuários, atingiria elevados graus de precisão para aqueles que o dominassem. Dessa forma, a Semiótica pura pretende analisar os signos sem levar em conta a recepção e o seu contexto social, reduzindo consideravelmente o papel dos leitores na produção de sentido.

A Semiótica tradicional dominante enfatiza o sistema e o produto, e não os falantes e produtores de signos na atividade Semiótica. Entretanto, eles estão conectados e interagem em uma diversidade de maneiras em seus contextos sociais concretos. O autor não é onipotente e o signo não é um valor absoluto. Estas foram algumas das principais críticas a que a Semiótica tradicional esteve sujeita. A parte principal dessas críticas argumenta que as dimensões sociais dos sistemas semióticos são tão intrínsecas a estes que não podem ser estudadas separadamente dos produtos e textos.

Diferente da Semiótica tradicional, a Semiótica Social parte do pressuposto de que os interesses do produtor de um signo constroem uma relação motivada entre significante e significado. A informação é sempre carregada de um conteúdo ideológico, ou seja, expressa pontos de vista de indivíduos inseridos em uma cultura e sociedade (CARVALHO, 2006).

Pensava-se em um receptor que recebia passivamente os conteúdos das mensagens transmitidas. Entretanto, ele existe como um sujeito social dotado de valores, crenças, saberes e informações próprias de sua cultura, que interage ativamente na produção dos significados das mensagens (DUARTE, 2002).

Para a Semiótica Social, os elementos visuais existem dentro de sistemas de representação moldados pela cultura e pela história. Ela pretende entender os processos e estruturas por meio dos quais os significados se constituem socialmente.

A Semiótica tradicional acredita que as regras e os códigos determinam as pessoas, e não as pessoas determinam as regras. A Semiótica Social observa isso de forma um pouco diferente. Ela sugere que as regras, escritas ou não escritas, são feitas pelas pessoas, e que, portanto, podem ser mudadas. Neste contexto, duas ressalvas precisam ser feitas. Primeiro, nem todo mundo pode mudar as regras. Para ser capaz de mudá-las, é preciso ter poder, como o poder de um governo para mudar uma legislação; o poder simbólico da influência dos

usuários da linguagem como escritores de filme ou de música; ou o poder mais limitado dos líderes de opinião em um grupo de amigos. Segundo, existem diferentes tipos de regras e diferentes formas de mudar as coisas, como o papel da influência de modelos, cantores ou estrelas do cinema que determinam regras de moda que serão seguidas. Para modificar estas regras, é preciso estar dentro deste mundo (VAN LEEUWEN, 2005).

Na Semiótica Social, o reconhecimento da existência de um “livro de regras” não é rejeitado. Esta é uma boa forma de descrever como a semiótica trabalha em certos contextos, onde são executadas regras explícita e detalhadamente. Mas isso não pode ser aplicado para todas as situações, pois muitas vezes o processo comunicacional envolve a subjetividade humana, o que pode variar constantemente. Portanto, a Semiótica Social trabalha não somente com ferramentas de recursos semióticos do passado, do presente e de um possível futuro, mas também com ferramentas de diferentes tipos de regras, retomadas de diferentes formas em diferentes contextos, com significados potenciais (VAN LEEUWEN, 2005).

3.2.1 A significação das mensagens e seu potencial semiótico

Estudar o potencial semiótico de uma determinada representação ou significado é estudar uma gama de significados possíveis e de que forma estes recursos têm sido utilizados e elaborados como uma ferramenta do passado e do presente, e talvez também conhecer um futuro uso destes recursos (VAN LEEUWEN, 2005).

Mas esta gama de significados potenciais é limitada, pois o ponto de vista do sujeito-leitor é determinado e delimitado pelo contexto sócio-cultural no qual se insere. Além disso, as relações simbólicas não são relações concretas e o ponto de vista de cada indivíduo produz diversas significações (JEWITT & OYAMA, 2001).

A significação das mensagens não se dá de modo exclusivamente individual. “É um processo eminentemente coletivo, no qual o discurso do outro é tão constitutivo de nossas idéias e opiniões quanto o nosso próprio discurso” (DUARTE, 2002, p. 75). Existe uma forte influência das imposições externas no processo comunicacional, e o leitor “constrói” o texto/imagem sob a pressão de determinações que o tomam sem que frequentemente tenha consciência desse fato.

Além disso, os significados dos textos e imagens não estão somente nos seus elementos constituintes, mas são adquiridos quando esses elementos são consumidos, vistos e interpretados. Dessa forma, os significados produzidos pelos materiais impressos podem ser

criados e/ou modificados a cada vez que forem vistos, de acordo com o contexto sócio-histórico de quem o produz e de quem o vê/lê (NOVELLINO, 2007).

Esse contexto ressalta o postulado de que nenhum sinal ou código pode ser entendido ou estudado com sucesso de forma isolada, pois eles apenas complementam a composição da mensagem. A opção pelo emprego de algumas formas de representação em detrimento de outras deve ser entendida em relação ao uso que se pretende fazer delas em situações específicas de troca de informações. Por isso, sinais e códigos estão em contínuas transformações por meio da intervenção de seus consumidores (DESCARDECI, 2002).

Nesta perspectiva, qualquer texto/imagem possui uma característica multimodal, pois inclui outros recursos semióticos além dos verbais e é composto por mais de um modo de representação. Nos materiais educativos escritos, por exemplo, além do código escrito, existem outras formas de representação presentes que se referem a todos os recursos de composição e impressão do texto/imagem, como: tipo de papel, ilustrações, cores, diagramação da página, formato das letras, etc. Esse conjunto de elementos é chamado de multimodalidade pela Semiótica Social e se refere formas de representação portadoras de significados e valores tanto quanto o código escrito (DESCARDECI, 2002).

Para a Semiótica Social, signos e símbolos são considerados convenções sociais culturalmente dependentes, e constantemente criados e re-criados nas interações pessoais (DESCARDECI, 2002). Esta autora afirma que a palavra escrita, enquanto originária de um sistema de sinais, é apenas uma parte da mensagem composta nos materiais educativos, pois está rodeada e inter-relacionada com diversas imagens. Juntamente com ela, outros elementos tais como a qualidade do papel; o formato e a cor das letras; e a marca comercial, advindos de outros sistemas simbólicos, compõem o corpo da mensagem como um todo.

O processo de produção e proliferação de materiais educativos pode se comparar a uma produção de signos como um motor da vida social e como meio de controle social (STAM et al., 2000), podendo indicar uma relação de dominação entre produtor e leitor dos materiais educativos usados na educação em Diabetes. Mas somente por meio da análise dos potenciais semióticos destes materiais e da leitura destes pelos pacientes, será possível detalhar suas relações de força e representar um provável campo para contestações.

3.2.2 Recursos semióticos

A Semiótica Social tem por objetivo descrever os recursos semióticos na comunicação: como as pessoas fazem interpretações e criam discursos por meio das imagens e textos. Ou seja, a descrição de recursos semióticos envolve o que pode ser dito e feito por meio das mensagens, o que as pessoas falam e fazem com imagens e como elas são compreendidas (JEWITT & OYAMA, 2001). Devido a estas características, a Semiótica Social vai de encontro ao estudo dos recursos semióticos nesta pesquisa.

Van Leeuwen (2005) define recursos semióticos como as ações e artefatos que usamos para nos comunicar, o que produzimos fisiologicamente – com nossos aparatos vocais ou com os músculos criando expressões faciais e gestos, etc. – ou por meios tecnológicos – com caneta e papel; com programas de computador; com impressoras ou máquinas de costura, etc. Tradicionalmente eles são chamados de signos. Para definir signo, van Leeuwen (2005) cita o trabalho de Halliday² (1978), onde este argumenta que a gramática da linguagem não é um código, nem um conjunto de regras para produção de sentenças corretas, mas é um recurso para fazer significados.

Nesse contexto, a Semiótica Social entende que seus recursos são de uma só vez produtos da cultura histórica e recursos cognitivos que usamos para criar significados na produção e interpretação de mensagens visuais ou outras mensagens (JEWITT & OYAMA, 2001). Por isso, o projeto da Semiótica Social é implementar uma semiótica social translinguística sensível às inflexões culturais e políticas da vida dos signos em seus contextos sociais de uso e prática concreta (STAM et al, 2000).

3.2.3 Significados conotativos e denotativos

Para compreender a mensagem de uma imagem, é preciso compreender a sua estrutura em seu conjunto, ou seja, a relação final de mensagens entre si: a mensagem denotada e conotada, além da mensagem linguística (BARTHES, 1990, p. 31).

Para Barthes (1990), a imagem possui duas camadas de significados: a primeira camada é a da denotação (o que, ou quem, está sendo retratado aqui?), que se refere a pessoas, lugares e coisas concretos; e a segunda camada é a da conotação (quais idéias e valores são expressos por meio do que está representado, e de que forma está representado?), que se refere a conceitos abstratos (VAN LEEUWEN, JEWITT, 2001, p. 92; VAN LEEUWEN, 2005). Essas mensagens são fundamentais na análise de imagens.

² HALLIDAY, M.A.K. *Language as Social Semiotic*. London: Arnold, 1978.

Para exemplificar, Barthes (1990) analisou uma publicidade da *Panzani*, que possuía um pacote de massas, uma lata, tomates, cebolas, pimentões, um cogumelo, todo o conjunto saindo de uma sacola de compras entreaberta, em tons de amarelo e verde sobre fundo vermelho. A primeira mensagem que a imagem revela é de natureza linguística: legenda e etiquetas dos produtos, que estão inseridas no natural da cena. Essa mensagem expressa que a publicidade é de origem francesa. Em seguida, a imagem apresenta uma série de signos descontínuos, identificados conotativa e denotativamente.

Para entender estas mensagens, o autor sugere o levantamento da “situação” da imagem, procurando responder a questões da representação (o que as imagens representam e como?) e a questão dos significados ocultos das imagens (quais idéias e valores de pessoas, lugares e coisas estão representados nas imagens?). A representação refere-se a uma mensagem literal (denotada) e os significados ocultos, a uma mensagem simbólica (conotada) (BARTHES, 1990, p. 30).

No exemplo do autor, a mensagem literal corresponde à cena de uma volta do mercado, onde o próprio sujeito fez suas compras, tendo escolhido os produtos que queria. A mensagem simbólica refere-se ao bom estado e frescura dos produtos que a marca de macarrão *Panzani* utiliza, primando pela qualidade e carinho como uma refeição feita em casa. Outro significado que pode surgir refere-se à presença de objetos variados na sacola que transmite a idéia de um serviço culinário completo disponibilizado pelo restaurante.

Entretanto, diversos outros significados diferentes destes poderão surgir, pois em cada pessoa existe uma pluralidade, uma coexistência de diferentes “vocabulários”; o número e a identidade desses vocabulários formam o *idioleto* de cada um. A imagem nos instiga a fazê-la significar e, quando cada leitor articula a imagem com seu vocabulário cultural, a imagem é inteiramente ultrapassada pelo sistema de sentido. Assim, a língua da imagem não é apenas o conjunto de palavras emitidas (por exemplo, ao nível dos signos criados pelo produtor da mensagem), é também o conjunto de palavras recebidas: inclui os elementos do sentido (BARTHES, 1990, p. 38-9).

Para van Leeuwen (2005), existe um “dicionário” não escrito de poses, gestos, ações que são reconhecidos por todo mundo, pois está exposto na mídia de massa, e cujas características apresentadas possuem um significado amplo e ideológico. A pose que um indivíduo apresenta em uma imagem, por exemplo, a posição de suas mãos, como seus olhos olham para algo, o que seus lábios expressam, dentre outros, são elementos da significação identificados na cultura, que são usados na mensagem e reconhecido pelo leitor.

Dessa forma, buscamos traduzir os significados conotados existentes nos materiais educativos, utilizando vocabulários de campos sócio-culturais, em articulações paradigmáticas e em associação com certos eixos semânticos. Apesar de não existir um inventário maciço dos sistemas de conotação, existem significantes típicos conforme as substâncias utilizadas (imagem, palavra, objetos, comportamentos) por diversos meios de comunicação, determinadas pela sociedade e pela sua história (BARTHES, 1990, p. 40).

O mais importante é destacar que, mesmo buscando compreender os conotadores que constituem a imagem total, não preencheremos toda a lexia da imagem, sua leitura não a esgota. Podem surgir diferentes interpretações de diversos leitores (BARTHES, 1990, p. 41).

3.2.4 Formas de controle do significado

As mensagens são orientadas para o processo semiótico, que vem a ser o processo social onde o significado é construído e trocado dentro do plano semiótico (onde ocorrem os processos sociais de construção e troca de significados). Entretanto, a mensagem é sobre algo que existe fora dela mesma e está ligada ao mundo, sendo seu significado derivado da função representativa ou mimética que ela exerce no plano mimético (onde ocorre a representação).

Existem regras que determinam pensamentos sócio-semióticos, ou seja, prescrevem o que deve ou não ser informado em uma mensagem de acordo com interesses próprios. A esse conjunto de regras chamamos de sistemas logonômicos. Estes sistemas referem-se a regras gerais que regulam o funcionamento e uso das mensagens sociais, um nível que está diretamente ligado à produção e recepção de significados (HODGE, KRESS, 1988).

Como o sistema logonômico regula a produção e recepção de significados, é por meio dele que se determina quem pode reivindicar a iniciação (produzir, comunicar) ou conhecer (receber, entender) significados sobre quais assuntos em quais circunstâncias e com que modalidades (como, quando, porque). Sistemas logonômicos “prescrevem as condutas da Semiótica Social nos pontos de produção e recepção, para que possamos distinguir entre *regimes de produção* (regras que constroem a produção) e *regimes de recepção* (regras que constroem a recepção)” (HODGE, KRESS, 1988, p. 4).

No meio social, o sistema logonômico exerce uma função de controle que irá determinar o sistema de pensamento e os discursos por meio do qual um pensamento é apresentado, ou seja, ele prescreve as condições para produção e recepção de significados. Estas “condições” que controlam a função da mensagem consistem nos complexos

ideológicos, que existem para manter as relações de poder e representar a ordem social, servindo simultaneamente aos interesses do dominador e do dominado (HODGE, KRESS, 1988).

O sistema logonômico representa um conjunto de regras que não estão ditas, mas conhecê-las ou não implica em diferentes representações na leitura das mensagens. Um simples exemplo é uma piada que pode se tornar ofensiva ao leitor. O produtor da mensagem, entretanto, confia que ao contar a piada com outros indicadores de “piada” atrelados a ela, o leitor saberá que a mensagem não é para ser “levada a sério”. Porém, o leitor pode não ter aquele nível de conhecimento da mensagem – uma situação comum na interação entre culturas diferentes – ou pode até escolher rejeitar a mensagem daquele nível – como quando um membro de uma minoria étnica ou racial escolhe tratar uma “piada” como uma afirmação ofensiva.

É, portanto, um controle da ambiguidade dos discursos que funciona por meio de regras de contextualização e de sentido construídas pelo contato social entre os indivíduos. Este sistema necessariamente codifica um conjunto de mensagens que resultam do processo de interação, e, por isso, indicam o status da relação do dominante sobre os grupos dominados e implicam em uma teoria da sociedade, uma epistemologia e teoria das modalidades sociais (HODGE, KRESS, 1988).

Os sistemas logonômicos expressam complexos ideológicos que controlam categorias de comportamentos (semiose). Ambos refletem contradições e conflitos nas formações sociais e têm uma estrutura que consiste de regras gerais expressando o poder do dominante sobre o dominado. Enquanto os sistemas determinam as estruturas, os complexos ideológicos se concretizam nas relações de poder no meio social.

As regras logonômicas são colocadas em prática e policiadas por agentes sociais concretos que possuem um determinado poder de dominação (pais, professores, empregadores, profissionais de saúde) que coagem indivíduos concretos em situações específicas em que estão subordinados ao poder (filhos, alunos, empregados, pacientes). Sistemas logonômicos não são invisíveis ou obscuros, ou eles não funcionariam. Eles se tornam visíveis em diversas situações cotidianas na sociedade (HODGE, KRESS, 1988).

Num campo repleto de regras e limites, as mensagens circulam entre os participantes de uma ação semiótica por meio de duas unidades semióticas: “texto” e “discurso”. O sentido semiótico do “texto” pode ser ampliado para se referir à estrutura da mensagem ou traços da mensagem que tem uma unidade atribuída socialmente. “Texto” vem do latim *textus*, que significa “algo interligado”. “Discurso” é frequentemente usado para o mesmo tipo de objeto

que “texto”, mas é necessário distinguir os dois, mantendo “discurso” para se referir ao processo social no qual os textos estão embutidos, enquanto “texto” é o objeto material concreto produzido no discurso. “Texto” tem uma orientação diferente do “discurso”. No primeiro, a orientação é no plano mimético: ele tem um significado na medida em que projeta uma versão para o leitor. “Discurso” refere-se mais diretamente ao plano semiótico (HODGE, KRESS, 1988, aspas dos autores).

Para a Semiótica Social, os dois termos apresentam perspectivas no mesmo nível de fenômeno. Mas, da mesma forma que “discurso” é enfaticamente uma categoria social, não podemos dizer que texto e mensagens não são termos sociais. Ambos, texto e mensagem, representam uma afinidade social específica no momento em que eles são produzidos ou reproduzidos (HODGE, KRESS, 1988, aspas dos autores).

Os sistemas logonômicos têm regras que reprimem as formas gerais de texto e discurso. Tais sistemas frequentemente operam especificando os gêneros dos textos (formas típicas de textos que unem tipos de produtor, consumidor, assunto, instrumento, forma e ocasião). Estes controlam o comportamento dos produtores de tais textos e as expectativas dos consumidores potenciais. As regras de gênero são instâncias exemplares dos sistemas logonômicos e um importante veículo para operação e transmissão destes. Assim como a categoria do texto, os gêneros são atribuídos socialmente às classificações de formas semióticas (HODGE, KRESS, 1988, p. 6).

Gêneros somente existem na medida em que um grupo social revela e reforça as regras que os constituem. Entre participantes de uma comunicação, por exemplo, existem regras claras que regulam as interações entre eles, sendo um tipo particular de ocasião social. Essa ocasião é estabelecida, reconhecida e nomeada por um grupo social, e as práticas são delineadas pelos que governam as ações dos participantes em tais ocasiões. Os textos formados nesse processo de comunicação possuem uma forma de codificação dos conjuntos de práticas, relações entre participantes, suas expectativas e propósitos. Dessa forma, “gênero” representa uma categoria semiótica que codifica os efeitos da resposta social e da interação entre atores sociais (HODGE, KRESS, 1988).

Uma excessiva concentração em sistemas normativos (sistemas logonômicos, gêneros, ideologia) contém uma inerente distorção e reforça a idéia de sua posição dominante. Estes sistemas somente reprimem o comportamento e crenças dos não-dominantes na medida em que eles têm sido eficazmente impostos e não têm sido eficazmente resistidos. Observar atentamente o detalhe do processo semiótico revela incontáveis instâncias de contestação, onde o menor nível de mudança no poder tem efeitos significativos, conduzindo para

modificações nas estruturas de dominação, ora traçando o sucesso do grupo dominado, ora traçando o sucesso do dominante. Nesse processo, processos de luta e resistência podem surgir nos sistemas semióticos e são aspectos decisivos da formação social (HODGE, KRESS, 1988).

A noção de resistência é um importante conceito para analisar a leitura dos materiais educativos pelos diabéticos. O paciente pode resistir às orientações descritas nos impressos ao perceber que estas vão contra seus interesses, ou ainda quando ele não se identifica com as mensagens dos materiais porque estas não estão adequadas para ele. Pode-se pensar que ele não estará sendo dominado ao não seguir as orientações.

Em síntese, para analisar por meio da Semiótica Social a leitura dos materiais educativos pelos pacientes, é necessário observar o texto propriamente dito; os intertextos; a construção do lugar do leitor; as regras que orientam e influenciam a produção e utilização dos textos, e também determinam os gêneros dos textos (o local onde o texto irá aparecer e que tipo de texto irá aparecer); além da necessidade de não considerar o texto isoladamente, mas dentro de fluxos discursivos e contextos sociais (HODGE, KRESS, 1988).

Dessa forma, analisar a comunicação por materiais educativos utilizados na Educação em Diabetes consiste em analisar o contexto em que ocorre a leitura destes materiais, investigar os fatores que possam favorecer ou dificultar esta comunicação, identificar as eventuais formas de resistência na leitura das informações e na adesão aos cuidados necessários.

4 MATERIAIS E MÉTODOS

Apresenta-se a seguir um estudo descritivo, com abordagem quanti-qualitativa. O estudo descritivo se caracteriza “pela necessidade de se explorar uma situação não conhecida, da qual se tem necessidade de maiores informações” (LEOPARDI, 2001, p. 139). As pesquisas deste tipo têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou determinada realidade, compreendendo a exploração do problema, ampliando a familiaridade de suas características.

A abordagem foi quantitativa ao categorizar e analisar os materiais educativos, gerando, como resultado, uma informação numérica; e qualitativa, primeiramente ao analisar os materiais educativos (Semiótica Social) e, posteriormente, ao analisar a leitura destes pelos sujeitos da pesquisa.

A análise quantitativa ocorreu de forma sistemática e objetiva, descrevendo numericamente os recursos comunicativos evidenciados nos materiais educativos, levando-se em consideração a frequência em que aparece cada característica investigada, como formato, temática abordada, ilustrações adotadas, dentre outros (MARCONI, LAKATOS, 2007). Uma segunda análise quantitativa foi realizada por meio da Análise do Conteúdo Visual, criando uma generalização quantitativa sobre as formas de representação visual, baseada na classificação e observação dos materiais (BELL, 2001, p. 34), buscando identificar os recursos semióticos utilizados no material e os significados ou leituras potenciais, de forma a amparar a análise qualitativa do mesmo.

A vertente qualitativa trabalhou com um “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” dos sujeitos, “o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos”, que não podem ser enquadrados em operacionalizações numéricas (MINAYO et al, 1994, p. 21-2). Neste sentido, deseja-se apreender aspectos relacionados à saúde e/ou doença do paciente diabético; suas experiências e vivências com a condição; suas práticas de leitura dos materiais educativos e os recursos originados nesta prática: produção de sentidos, polissemia, intertextualidade, resistência/adesão; bem como determinações sociais mais amplas de suas condições de existência. Dessa forma, a vertente qualitativa teve como objetivo responder a questões muito particulares investigadas nesta pesquisa.

Após caracterizar e analisar os materiais educativos numa perspectiva quantitativa, os materiais foram analisados quanto aos recursos semióticos adotados. O segundo passo

metodológico foi utilizar os grupos de discussão para analisar as práticas de leitura desses materiais pelos sujeitos da pesquisa.

4.1 MAPEAMENTO DO UNIVERSO DOS MATERIAIS EDUCATIVOS UTILIZADOS

4.1.1 Coleta do material educativo

O ponto de partida desta pesquisa foi o levantamento das associações e instituições que prestam atendimento aos diabéticos na região metropolitana da cidade do Rio de Janeiro.

Além de alguns congressos das entidades produtoras, foram selecionadas algumas associações e instituições para a coleta de materiais de acordo com a facilidade de locomoção local e com a quantidade de pacientes cadastrados. São elas: Associação dos Diabéticos da Lagoa (ADILA), Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ), Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP/UFF), Hospital Geral de Bonsucesso (HGB/MS), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (HUCFF/UFRJ), Associação Nacional de Atendimentos a Diabéticos (ANAD), Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia (IEDE), Hospital dos Servidores do Estado (HSE/MS), Diabest (Centro de Educação em Diabetes e Obesidade), Cendi (Centro de Diabetes), Congresso da ANAD 2007 e 2008, laboratórios e consultórios particulares.

Ao longo de 1 (um) ano, os materiais educativos (folders, panfletos, livretos, revistas, manuais, cartazes) foram coletados em grupos e instituições públicas e privadas de atendimento ao Diabetes, algumas delas representavam o centro de tratamento do Diabetes na sua localidade.

Entretanto, a fonte de material é inesgotável. Por isso, a coleta foi finalizada quando consideramos ter atingido um quantitativo suficiente de locais visitados e de materiais coletados, de forma que a representatividade do material coletado fosse garantida. Levou-se em consideração também o limite de tempo para realização da pesquisa.

4.1.2 Descrição e caracterização do material educativo

Inicialmente, os materiais foram agrupados de acordo com o seu formato, cujas características são as seguintes:

- **Folders de tamanho pequeno:** materiais menores que A4, com 2 ou 3 dobras.

- **Folders de tamanho A4:** materiais de tamanho A4, com 2 ou 3 dobras.
- **Panfletos de tamanho pequeno:** materiais com 1 folha impressa frente e verso, ou somente frente, de tamanho pequeno menor que A4.
- **Panfletos de tamanho A4:** materiais com 1 folha impressa frente e verso, ou somente frente, de tamanho A4.
- **Livretos de tamanho pequeno a médio:** materiais grampeados tipo livro, menores que A4.
- **Livretos de tamanho A4:** materiais grampeados tipo livro contendo até 6 folhas, de tamanho A4.
- **Revistas:** apresentavam o número do volume e ano de publicação.
- **Manuais:** continham esta descrição na capa e possuíam mais de 30 folhas.
- **Cartazes:** materiais de tamanho maior que uma folha A4.
- **Outros:** materiais que não apresentavam nenhuma das características discutidas acima. Alguns exemplos são: peças para orientação do rodízio de locais de aplicação de insulina; cartões de identificação “Sou Diabético”, contendo espaços para que o diabético preencha com suas informações e como alguém pode intervir caso ele passe mal; calendário anual contendo diversas informações; e um conjunto de cartilhas contendo ilustrações sobre o Diabetes.

Outra categoria, denominada **Fabricação Própria**, foi construída para abranger os materiais educativos produzidos pelas próprias instituições e distribuídos na sua localidade. Esta incluiu diferentes formatos de materiais com características que são particulares àqueles produzidos dentro da própria instituição. A maioria era impresso preto e branco em uma folha comum de tamanho A4, que poderia ser caracterizado como panfleto (sem dobra) ou folders (com 2 ou 3 dobras).

Todos os materiais coletados foram expostos ao mesmo tempo e agrupados de acordo com o seu formato pelos pesquisadores. Após, foram descartados os materiais que estavam repetidos, resultando um total de 202 (duzentos e dois) materiais educativos. Em seguida, decidimos caracterizá-los de forma quantitativa no que se refere ao formato utilizado, temáticas abordadas, e outras características específicas necessárias ao material educativo, de acordo com o referencial.

4.1.2.1 Formatos utilizados

O formato mais utilizado foi o folder de tamanho pequeno (30%), correspondendo a 61 materiais, seguido por livretos de tamanho médio a pequeno (23%), correspondendo a 47

materiais. Estes foram os mais utilizados por serem mais práticos para o transporte e por facilitar a leitura ao permitir subdivisões no espaço gráfico do material e organização do conteúdo.

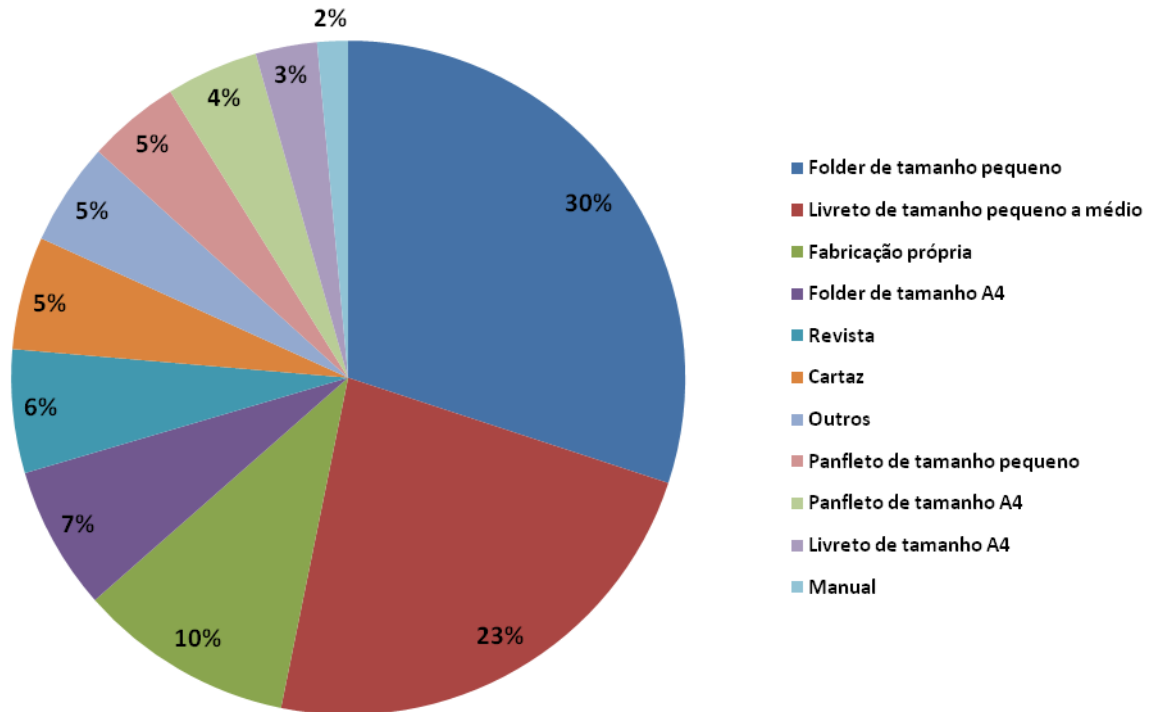


Gráfico 1: Formatos utilizados

4.1.2.2 Temáticas abordadas

As temáticas abordadas pelos materiais educativos foram:

- Administração de insulina: locais e técnicas de aplicação, cuidados no armazenamento e transporte.
- Alimentação do diabético: planejamento alimentar, dicas para alimentação, quantidade de refeições por dia e intervalos entre cada uma.
- Autocontrole glicêmico: como interpretar os testes, quais os testes existentes, sua importância, metas glicêmicas, frequência de realização, locais alternativos para teste, diário para anotações de controle glicêmico.
- Complicações agudas: correspondem à hipoglicemia e hiperglicemia. Os materiais abordavam suas causas, sinais e sintomas, como intervir, prevenção.
- Complicações crônicas: quais são as complicações, quais os órgãos e membros mais afetados, como prevenir seu surgimento ou reduzir sua progressão.
- Contagem de carboidrato: conceitos, como praticar e tabela nutricional com a quantidade de carboidratos dos alimentos.

- Cuidados com feridas.
- Cuidados com os pés.
- Cunho comercial: explicando sobre produtos, indicação, como utilizá-lo, benefícios, visando apenas à divulgação e comercialização de produtos.
- Diabetes Infantil: história em quadrinhos para crianças diabéticas; orientações à escola para alunos portadores de Diabetes.
- Hemoglobina glicada: conceito, o que ela representa, a importância de seu acompanhamento, leitura de resultados, frequência de realização.
- Informações diversas sobre o Diabetes: em manuais, livretos, revistas ou jornais, que vão desde informações básicas sobre o Diabetes até informações mais complexas, como as complicações.
- Noções básicas sobre Diabetes: conceituação do Diabetes, sintomas, classificações, características de cada tipo e tratamento de uma forma geral.
- Pesquisas científicas sobre Diabetes.
- Prática de exercícios físicos: importância, sugestões de exercícios, cuidados para antes e após exercícios.
- Pré-Diabetes: conceitos, sintomas, diagnóstico, prevenção.
- Situações especiais: viagem, doença, planejamento da gravidez, festas, urgências.
- Stress e diabetes: problemas rotineiros que causam estresse, suas consequências, como prevenir e controlar o stress.
- Outros: cartões de identificação “Sou diabético”, calendário, divulgação de peças de teatro e de blogs na internet.

Como mostra o Gráfico 2, a temática mais abordada refere-se à comercialização de produtos por empresas da área chegando a 21% (42 materiais). Os medicamentos, insulinas, alimentos e diversos itens destinados aos diabéticos apresentam um custo elevado, por isso o Diabetes representa um campo cada vez maior e mais lucrativo, dominado por empresas privadas.

Em seguida, a temática mais abordada corresponde às noções básicas sobre o Diabetes, com 17% (34 materiais). Todo diabético tem contato com estas informações, seja qual for o tipo de Diabetes, tratamento, nível social, etc., por isso esse é um tema muito freqüente nos impressos. Outros temas abordados de forma mais freqüente foram o uso de insulina (8%) e cuidado com os pés (5%).

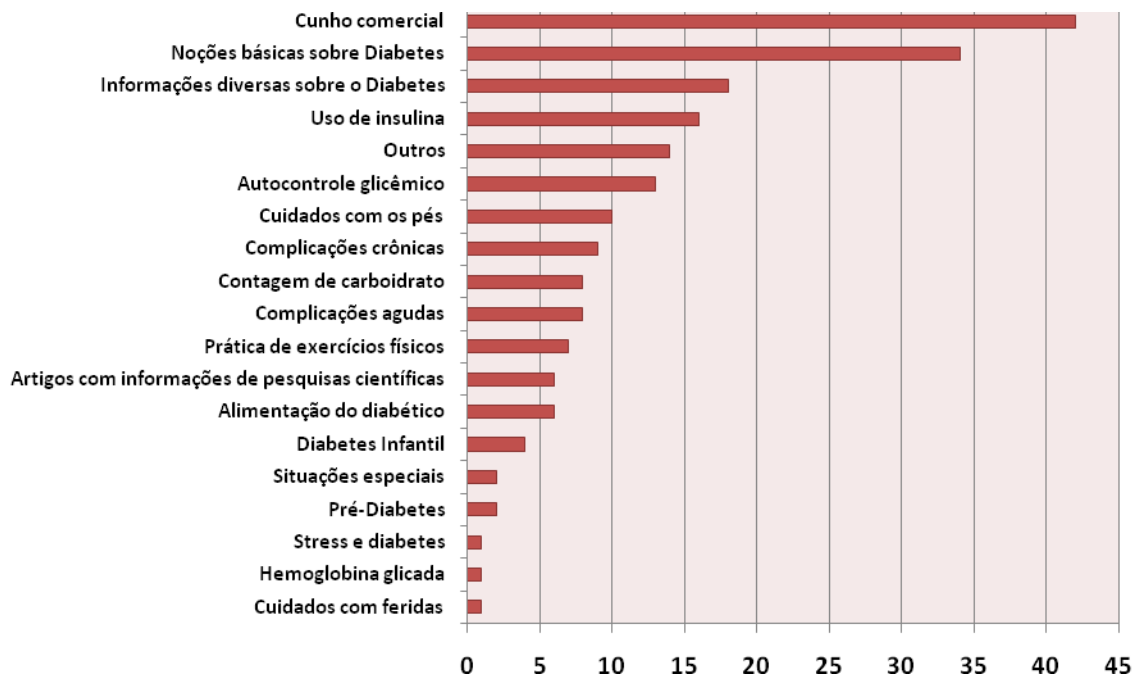


Gráfico 2: Temáticas abordadas

4.1.2.3 Caracterização dos materiais educativos

Os estudos de materiais educativos na saúde (KELLY-SANTOS, ROZEMBERG, 2005; HILL-BRIGGS et al., 2008; KELLY-SANTOS, 2003; LEFRÉVE, 1980; VASCONCELLOS-SILVA, RIBEIRO, ROZEMBERG, 2003; LUZ et al., 2003) apontam que, para um material educativo estar adequado, deve conter, dentre outras características, alguns elementos específicos na sua estrutura: citação das referências bibliográficas, definição do público destinado; nomeação dos autores e colaboradores ou setor responsável pela elaboração do material; citação da data de publicação; explicação de termos técnicos (com glossário técnico); e síntese ou revisão das informações no final do material.

Estes estudos também apontam alguns elementos que podem ser analisados nos materiais educativos, tais como: gênero discursivo (diálogo, discurso direto ou indireto); presença de conceitos distorcidos em termos científicos; e tipos de imagens mais utilizadas (fotos ou desenhos). Estas características foram quantificadas quando encontradas nos materiais educativos utilizados nesta pesquisa.

a) Distribuição quanto à definição do público destinado:

Do total de 202 materiais educativos, somente 12 definiram o público alvo utilizando frases iniciais como: “Este folheto é direcionado...”, “Este folheto é um guia para ajudar pessoas com...”, ou pelos títulos dos materiais.

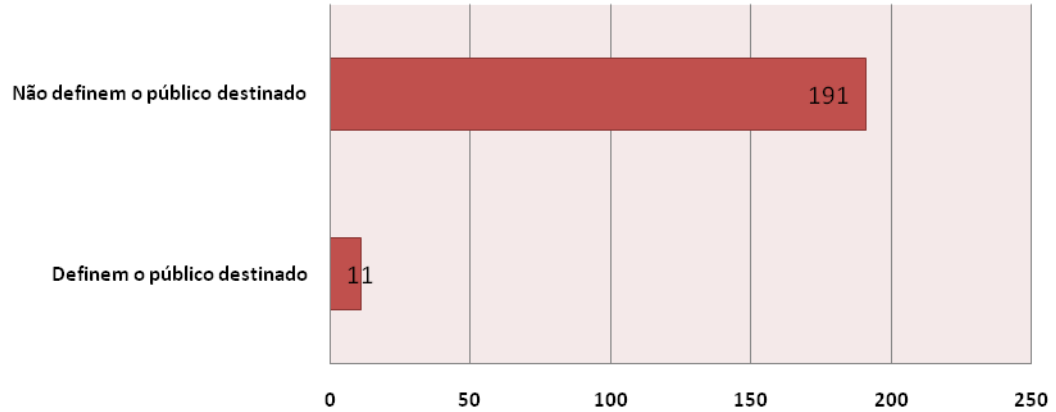


Gráfico 3: Distribuição quanto à definição do público destinado

b) Distribuição quanto à apresentação da data de publicação:

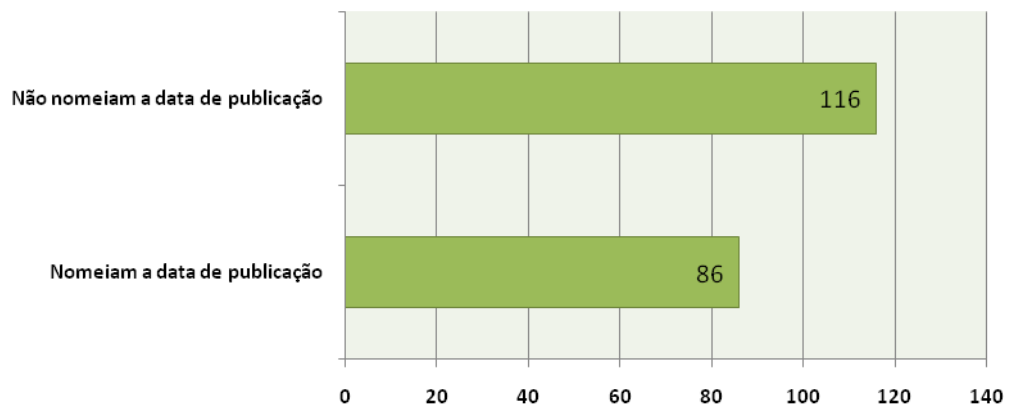


Gráfico 4: Distribuição quanto à apresentação da data de publicação

c) Distribuição quanto à apresentação dos referenciais:

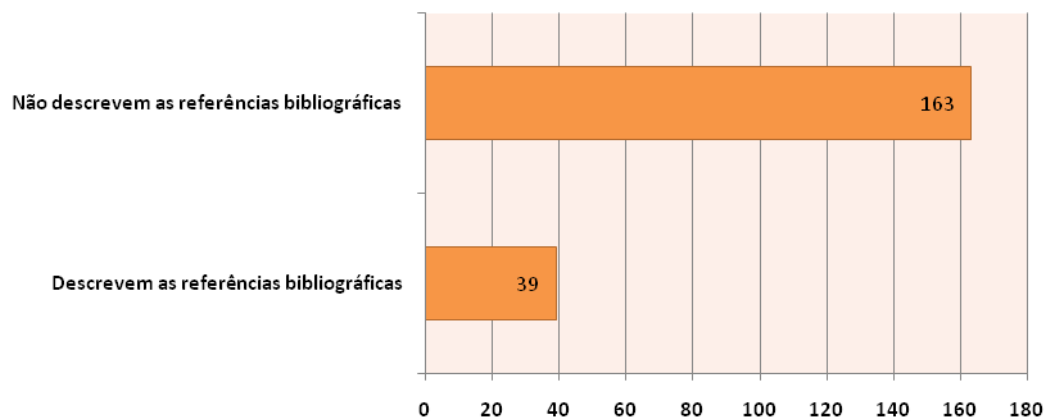


Gráfico 5: Distribuição quanto à apresentação dos referenciais

O número de materiais que apresentavam as referências bibliográficas foi um pouco mais elevado, principalmente, pelas revistas e artigos que apresentavam um nível mais científico e apontavam os referenciais.

d) Apresentação de glossário técnico:

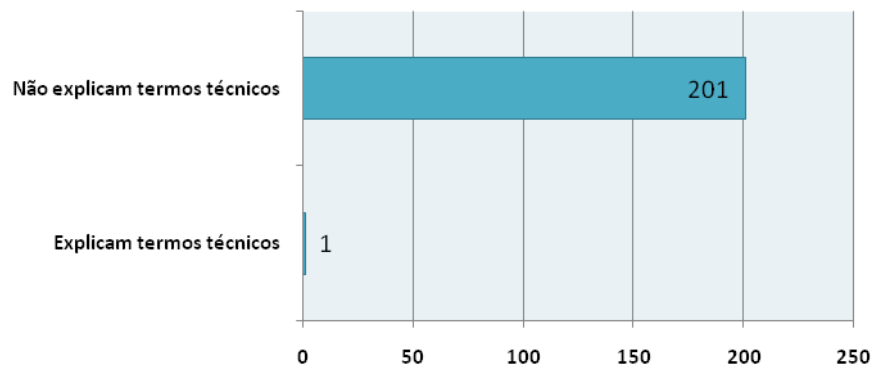


Gráfico 6: Apresentação de glossário técnico

Apenas 1 material educativo, de produção do Ministério da Saúde, apresentava um glossário técnico explicando termos técnico-científicos utilizados. Acredita-se que, de uma forma geral, os produtores dos materiais educativos partem do pressuposto de que os leitores possuem um determinado nível de conhecimento, sendo capazes de entender termos técnicos utilizados e mensagens veiculadas. Essa característica pode prejudicar o alcance dos objetivos dos produtores e resultar em prejuízos para os pacientes que precisavam destas informações.

e) Apresentação de síntese ou revisão das informações:

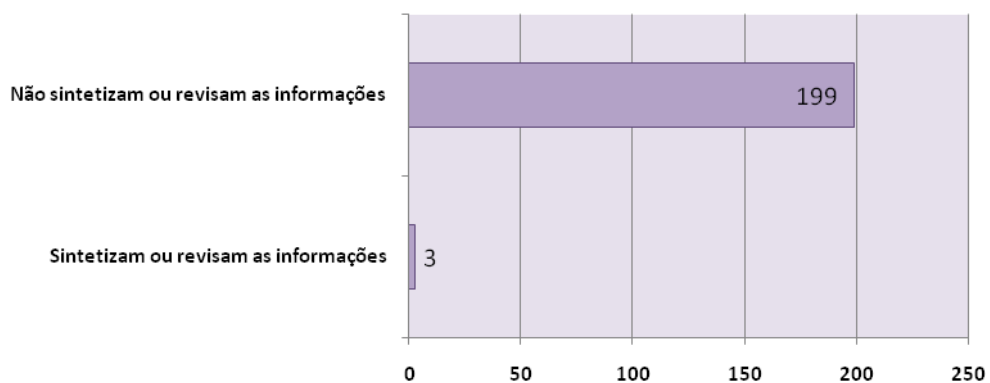


Gráfico 7: Apresentação de síntese ou revisão das informações

A síntese ou revisão das informações na parte final do material é uma técnica pedagógica que pode reforçar o entendimento pelos pacientes. Entretanto, apenas 5 materiais apresentavam este elemento estrutural.

f) Referência a autores e colaboradores ou setor responsável pela produção do material:

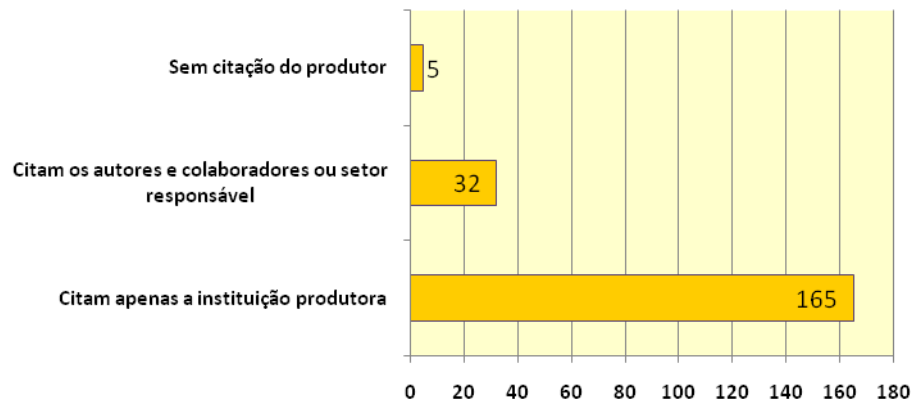


Gráfico 8: Referência à autoria da produção do material

Os materiais educativos que citavam os autores e colaboradores produtores do material apontaram também a função de cada profissional, como por exemplo: ilustração, texto, direção, edição, assessoria, desenho, revisão, coordenação. Entretanto, o maior número de materiais citavam apenas a instituição produtora, sem dar créditos aos autores e colaboradores.

g) Gênero discursivo adotado:

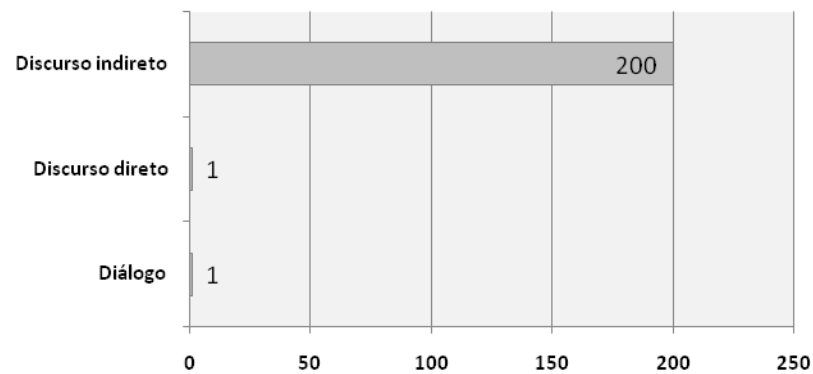


Gráfico 9: Gênero discursivo adotado

O gênero discursivo mais adotado foi o indireto. Destes, em 2 materiais o texto era estruturado em perguntas e respostas. Apenas 1 material apresentava um discurso com voz ativa, e também somente 1 material apresentavam um diálogo entre locutores.

h) Natureza das fontes produtoras:

Como uma importante observação, verificamos quais foram as fontes produtoras destes quanto à natureza jurídica das instituições, ou seja, se tratava-se de instituições privadas ou associações e instituições públicas.

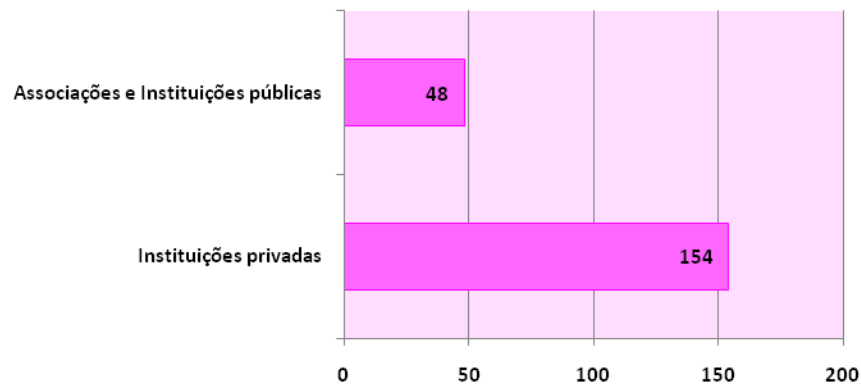


Gráfico 10: Natureza das fontes produtoras

Os materiais produzidos pelas instituições privadas sempre veiculam um produto da empresa que o produziu. Isto nos leva a acreditar que os materiais educativos, além de informar, possuem um interesse comercial e visam divulgar um produto disponível no mercado. Nestes materiais, não fica claro se o objetivo da produção do material é a Educação em Diabetes ou a comercialização de produtos.

i) Tipos de ilustrações utilizadas:

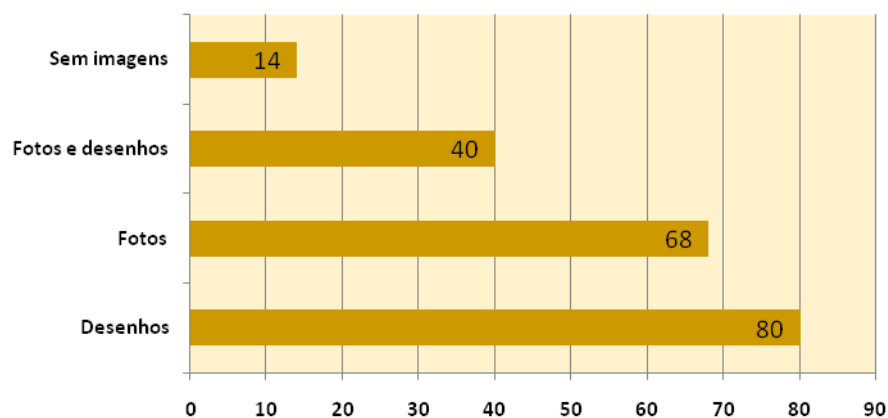


Gráfico 11: Tipos de ilustrações utilizadas

Os materiais educativos apresentavam, em sua maior parte, desenhos nos impressos como forma de ilustração. O desenho permite que o produtor elabore uma imagem de acordo com o que ele pretende transmitir, escolhendo os códigos que irão reproduzir o que é esperado. Cabe salientar que a grande maioria dos materiais encontrados (93%) tinha algum tipo de imagem, sejam fotos ou desenhos.

j) Presença de conceitos inadequados:

Levando em consideração o quantitativo de materiais coletados, o total de materiais que possuíam conceitos inadequados foi pequeno.

Após realizar uma leitura atenta do conteúdo dos materiais, identificamos que existiam conceitos utilizados de forma inadequada. Encontramos, por exemplo, os termos Diabetes “insulino-dependente” e “não-insulino-dependente”, ou “diabetes juvenil” e “diabetes do adulto”, que eram usados antigamente para se referir ao Diabetes Tipo 1 e Tipo 2, respectivamente. Conforme vimos no capítulo 1, item 1.1, a classificação se baseia na etiologia do Diabetes atualmente, eliminando estes termos. Os distúrbios glicêmicos do Tipo 1 referem-se à destruição das células beta pancreáticas que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina, e do Tipo 2, resulta de graus variáveis de resistência insulínica e de deficiência relativa de produção de insulina (BRASIL, 2002).

Desta forma, estes termos tornaram-se inadequados porque muitos pacientes diabéticos Tipo 2 podem necessitar de aplicação de insulina quando a resistência a este hormônio for elevada, e acrescida de uma insuficiente produção pelo organismo. Além disso, crianças e adolescentes obesos estão desenvolvendo o Diabetes Tipo 2 devido aos hábitos inadequados da vida moderna.

O termo “Hipoglicemiante oral” estava presente quando alguns materiais se referiam aos medicamentos orais que tratam do Diabetes. Entretanto, estes medicamentos têm a finalidade de baixar e manter a glicemia normal (Jejum <100mg/dL e pós-prandial <140mg/dL), e não provocar uma hipoglicemia, por isso o termo correto é “Antidiabéticos orais” (OLIVEIRA, LERÁRIO, 2008).

Um material educativo, ao orientar sobre a aplicação de insulina, abordou procedimentos que são inadequados. Orientava que o armazenamento da insulina devia ser feito na porta da geladeira. Entretanto, o local mais indicado é a gaveta de legumes ou a primeira prateleira mais próxima desta. A porta do refrigerador é uma opção inadequada, uma vez que existe maior variação de temperatura e mobilidade do frasco a cada abertura da porta. Isto é importante, pois a insulina deve ser mantida em 2° a 8°C (SBD, 2007).

O mesmo material explicava que antes de injetar a insulina no tecido subcutâneo, devia-se aspirar para ver se apareceria sangue na seringa. Se aparecesse, significa que um vaso foi atingido, e que o indicado é retirar a seringa da pele e injetar em outro lugar. Ao contrário disso, a SBD (2007) refere que a aspiração após a introdução da agulha é desnecessária quando utilizado equipamento adequado.

Outro material ensinava a massagear o local após a aplicação de insulina. Na verdade, não se deve massagear a região, pois isto faz com que a insulina seja absorvida de forma mais rápida do que deveria, prejudicando sua ação e dificultando o tratamento.

Um material educativo apontava a pressão alta e problemas nos rins como sinais e sintomas de açúcar alto no sangue. Na verdade, estes não são sinais e sintomas apontados pela literatura, e sim complicações a longo prazo de uma hiperglicemia mantida (BRASIL, 2002).

Uma orientação considerada muito importante não estava presente em alguns materiais que abordavam os cuidados com o pé diabético. É reconhecida a necessidade de manter os pés hidratados prevenindo o ressecamento da pele. Entretanto, é muito importante orientar que o creme hidratante não deve ser usado entre os dedos, pois favorece a umidade e a formação de micoses (BRASIL, 2006).

Apesar de disponibilizar informações importantes sobre os cuidados com os pés, não foram abordadas por alguns materiais a necessidade de secar bem entre os dedos dos pés e a orientação para manter as unhas num tamanho que ainda seja possível ver a parte branca, ao invés de cortá-la bem rente (MINICUCCI, 2008).

Alguns materiais educativos indicavam o consumo de alimentos, para correção de hipoglicemia, que não são considerados adequados, como copo de leite, chocolate, biscoito doce, pão. Estes correspondem a carboidratos complexos, que demoram a ser digeridos pelo organismo, demorando a elevar o nível de glicose no sangue. Conseqüentemente, o diabético pode agravar cada vez mais seu quadro de hipoglicemia ou comer além do necessário e apresentar uma hiperglicemia um tempo depois.

Existiu muita convergência quanto à quantidade de alimentos que devem ser ingeridos para as correções de hipoglicemia. Além de alimentos específicos, existe uma quantidade que é determinada. A correta correção é a ingestão de 15 g de carboidratos simples como: 1 colher de sopa rasa de açúcar com água; ou 150 ml de refrigerante regular (não dietético) - 1 copo pequeno; ou 150 ml de suco de laranja - 1 copo pequeno; ou 3 balas de caramelo (SBD, 2008; BRASIL, 2006).

Alguns materiais indicavam para correção de hipoglicemia o consumo de somente uma bala; 100 ml de refrigerante ou suco de laranja, ou ainda 200 ml; duas colheres de sopa de açúcar, ou também uma colher de chá de açúcar. A convergência existiu tanto para mais quanto para menos. Além disso, existia também a citação dos alimentos sem referência à quantidade destes.

Como apontam as tabelas abaixo, a maioria dos materiais não se enquadra nas recomendações inicialmente apontadas por diversos autores (KELLY-SANTOS, ROZEMBERG, 2005; HILL-BRIGGS et al., 2008; KELLY-SANTOS, 2003; LEFRÉVE, 1980; VASCONCELLOS-SILVA, RIBEIRO, ROZEMBERG, 2003; LUZ et al., 2003), pois não definem o público destinado; não apresentam referências bibliográficas; não citam a data de publicação; não explicam termos técnicos; não sintetizam ou revisam as informações no final do material; e citam apenas a instituição produtora, sem nomear autores e colaboradores ou setor responsável pela elaboração do material.

Para ilustrar de forma mais clara as características dos materiais educativos, cruzamos os dados dos formatos com as categorias, permitindo identificar como as categorias se distribuem em cada formato.

Tabela 1.1: Categorias correspondentes a cada formato

FORMATO	Definem público		Citam data de publicação		Citam referências		Apresentam glosário técnico	
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não
Cartaz	9%	91%	18%	82%	0	100%	0	100%
Fabricação Própria	5%	95%	10%	90%	0	100%	0	100%
Folder pequeno	0	100%	36%	64%	11%	89%	0	100%
Folder tamanho A4	0	100%	43%	57%	50%	50%	0	100%
Manual	0	100%	100%	0	0	100%	0	100%
Livreto pequeno a médio	13%	87%	77%	23%	23%	77%	2%	98%
Livreto tamanho A4	50%	50%	67%	33%	83%	17%	0	100%
Panflete pequeno	0	100%	12%	88%	25%	75%	0	100%
Panflete tamanho A4	0	100%	11%	89%	22%	78%	0	100%
Outros	0	100%	10%	90%	20%	80%	0	100%
Revista	0	100%	67%	33%	25%	75%	0	100%

Tabela 1.2: Categorias correspondentes a cada formato

FORMATO	Síntetizam ou revisam informações		Citação de completa da autoria ou apenas produtor			Gênero discursivo adotado	
	Sim	Não	Completa	Produtor	S/ citação	Direto	Indireto
Cartaz	0	100%	0	82%	18%	0	100%
Fabricação Própria	0	100%	38%	62%	0	0	100%
Folder pequeno	0	100%	2%	98%	0	3%	97%
Folder tamanho A4	7%	93%	0	100%	0	0	100%
Manual	0	100%	100%	0	0	0	100%
Livreto pequeno a médio	2%	98%	47%	53%	0	0	100%
Livreto tamanho A4	0	100%	0	100%	0	0	100%
Panfleto pequeno	0	100%	0	100%	0	0	100%
Panfleto tamanho A4	0	100%	0	67%	33%	0	100%
Outros	0	100%	0	100%	0	20%	80%
Revista	0	100%	100%	0	0	0	100%

Tabela 1.3: Categorias correspondentes a cada formato

FORMATO	Tipos de ilustrações				Natureza da fonte	
	Foto	Desenho	Ambos	S/ imagem	Pública	Privada
Cartaz	18%	73%	9%	0	36%	64%
Fabricação Própria	0	53%	0	48%	0	100%
Folder pequeno	34%	48%	18%	0	7%	93%
Folder tamanho A4	71%	0	29%	0	0	100%
Manual	0	67%	33%	0	33%	67%
Livreto pequeno a médio	27%	54%	15%	4%	19%	81%
Livreto tamanho A4	67%	33%	0	0	17%	83%
Panfleto pequeno	75%	25%	0	0	12%	88%
Panfleto tamanho A4	56%	33%	11%	0	22%	78%
Outros	30%	40%	10%	20%	0	100%
Revista	0	0	100%	0	33%	67%

Analisando as tabelas, observamos que os únicos formatos que definiam o público destinado eram “Cartazes”, “Livreto pequeno a médio”, “Livreto tamanho A4” e materiais de “Fabricação Própria”. Todos os formatos apresentaram materiais que citavam a data de publicação, principalmente os manuais, livretos pequeno a médio, livretos e revistas.

Apenas o “Livreto pequeno a médio” possuía um material que apresentava um glossário explicando termos técnicos do material. Alguns formatos apresentavam as referências bibliográficas, principalmente o “Folder tamanho A4” e o “Livreto tamanho A4”.

A síntese ou revisão das informações no final do material foi uma técnica pedagógica adotada somente por “Folder tamanho A4” e “Livreto pequeno a médio”. A maioria dos formatos de materiais citava apenas o produtor, alguns citavam de forma completa os autores e colaboradores dos materiais e poucos não tinham qualquer citação. O discurso direto foi encontrado em apenas duas categorias: “Folder pequeno” e “Outros”; a grande maioria dos materiais adotou o discurso indireto.

As ilustrações adotadas foram bem diversificadas e distribuídas entre os diferentes formatos, tanto fotos, desenhos como os dois juntos. Quanto à natureza da fonte produtora, a grande maioria provinha de instituições particulares.

As temáticas abordadas por cada formato estão dispostas nas Tabelas 2.1 e 2.2.

Tabela 2.1: Temáticas abordadas por cada formato

TEMÁTICAS	FORMATO					
	Cartaz	Fabricação própria	Folder pequeno	Folder tamanho A4	Manual	Livreto peq. a médio
Administração de insulina	1	4	2		1	8
Alimentação do diabético		2				3
Artigos científicos			1	4		
Autocontrole glicêmico		2	3			7
Complicações agudas		3	5			
Complicações crônicas	4		3			
Contagem de carboidrato		2				4
Cuidados com feridas		1				
Cuidados com os pés		1	4			3
Cunho comercial	1		19	9		3
Diabetes Infantil		1				3
Hemoglobina glicada			1			
Informações diversas sobre Diabetes		2	1	1	2	1
Noções básicas sobre Diabetes	5	3	14			6
Outros			2			4
Prática de exercício físico			3			4
Pré-Diabetes			1			1
Situações especiais			1			
Stress e Diabetes			1			
TOTAL	11	21	61	14	3	47

Tabela 2.2: Temáticas abordadas por cada formato

TEMÁTICAS \ FORMATO	Livreto tamanho A4	Panfleto pequeno	Panfleto tamanho A4	Outros	Revista
Administração de insulina					
Alimentação do diabético			1		
Artigos científicos	1				
Autocontrole glicêmico			1		
Complicações agudas					
Complicações crônicas			2		
Contagem de carboidrato	2				
Cuidados com feridas					
Cuidados com os pés		2			
Cunho comercial	3	3	3		1
Diabetes Infantil					
Hemoglobina glicada					
Informações diversas sobre Diabetes					11
Noções básicas sobre Diabetes		1	2	3	
Outros		1		7	
Prática de exercício físico					
Pré-Diabetes					
Situações especiais		1			
Stress e Diabetes					
TOTAL	6	8	9	10	12

4.1.3 Análise do conteúdo visual do material educativo

Bell (2001, p. 10) sugere uma metodologia de análise de conteúdo visual para a qual indica a necessidade de se definir hipoteticamente valores e variáveis ao analisar imagens visuais. Para este autor, a análise do conteúdo visual pode servir à identificação das frequências com que determinadas representações visuais de certas classes de pessoas, ações, regras e situações aparecem. Essa análise pode ser, portanto, amplamente utilizada para estudar o que está sendo retratado ou representado nos meios de comunicação.

A análise de conteúdo visual envolve a classificação e a quantificação de conteúdos de eventos explícitos ou implícitos nas imagens. Por um processo objetivo e empírico de observação, pode-se quantificar o conteúdo manifesto em representações visuais usando categorias definidas, ou seja, “valores” em “variáveis” independentes. Bell (2001) comenta que é, basicamente, uma maneira breve de descobrir alguma hipótese sobre os significados nos meios de comunicação que permite, aparentemente, uma descrição geral dos aspectos da representação que qualquer indivíduo, tanto um especialista como um não especialista, possa entender (BELL, 2001, p. 13).

Para exemplificar, o autor analisou uma revista destinada a leitores do sexo feminino de faixa etária entre 18-35 anos. Analisando as capas da Revista Cléo publicadas nos últimos 25 anos, ele observou que as características das modelos na capa se modificaram ao longo dos anos. Pôde identificar que, dependendo das tendências da época, as modelos eram loiras ou morenas; mais jovens ou mais velhas; interagiam mais com as leitoras pelo olhar direto e proximidade nas fotos, ou menos pela distância, dentre outras características. Dessa forma, ele pôde identificar as mudanças históricas e medir a frequência das classes de pessoas, ações, situações e representações visuais, quantificando-as (BELL, 2001, p. 10-11).

A análise do conteúdo não demonstra como leitores/espectadores entendem ou atribuem significado ao que vêem, mas mostra ao que é dado prioridade ou destaque e ao que não é dado no conteúdo visual (BELL, 2001, p. 26). Essa análise compreende um conjunto de procedimentos que correspondem às variáveis e valores.

As variáveis são dimensões específicas da representação, tais como: sexo, cenário, tamanho da imagem, atividade exercida, papéis retratados, faixa etária, etnia, etc. Já os valores, por serem dimensões que não são fixas, determinam o grau ou ocorrência/alternativa dentro de cada variável. Por exemplo, o cenário é uma variável que possui valores que identificam as características de cada cenário correspondente, tais como: cozinha, banheiro, quarto, escola, parque de diversões, campo, trabalho, etc.

Seguindo as orientações deste autor, definimos variáveis relevantes (independentes entre si) e identificamos seus valores, quantificando-os, para analisar os materiais educativos sobre Diabetes encontrados por esta pesquisa. Entretanto, é importante ressaltar que esta investigação não é suficiente para esgotar todas as questões sobre o que os materiais educativos retratam ou representam. A fonte de material é inesgotável, além disso, ela não é suficiente porque não pode apontar os efeitos nas pessoas diante do que é mostrado, mas pode ajudar a levantar questões que serão abordadas nos grupos de discussão (BELL, 2001, p. 13).

As variáveis escolhidas para tratar os impressos educativos em diabetes foram: sexo, papéis retratados, cenário, faixa etária, etnia, ação desempenhada, número de participantes retratados, caracterização do público, tamanho da imagem e tipo de coloração da imagem. Essas variáveis e seus correspondentes valores são apresentados na Tabela 3.

Tabela 3: Variáveis e valores dos materiais educativos

VARIÁVEIS						
V A L O R E S	Faixa Etária		Etnia		Ação desempenhada	
	Jovem	14%	Outros	1%	Atividades corriqueiras	7%
	Idoso	17%	Pardo	3%	Atividades no trabalho	8%
	Criança	19%	Negro	7%	Atividades com amigos	11%
	Adulto	50%	Branco	90%	Praticando exercício	15%
					Cuidando do Diabetes	15%
					Indeterminada	21%
					Atividades em família	23%

VARIÁVEIS						
V A L O R E S	Sexo		Papéis retratados		Cenário	
	Feminino	44%	Trab. Industrial	1%	De trabalho	7%
	Masculino	56%	Estudante	1%	Doméstico	17%
			Enfermeira	2%	Público	35%
			Médico	5%	Indefinido	41%
			Indeterminado	91%		

VARIÁVEIS				
V A L O R E S	N. de participantes		Caracterização do público	
	Em grupo	12%	Infeliz	9%
	2 pessoas	41%	Bem-apegoado	17%
	1 pessoa	47%	Inespecífico	33%
			Feliz	41%

VARIÁVEIS				
V A L O R E S	Tamanho da imagem		Tipo de coloração	
	Página dupla	1%	Monocromático	2%
	Página inteira	7%	Cor de fundo vibrante	5%
	Metade da página	13%	Cor de fundo neutra	93%
	Maior que ½ da pág.	24%		
	Menor que ½ da pág.	55%		

Analisando estas variáveis, identificamos que em 50% dos materiais educativos os participantes da imagem eram adultos. Possivelmente, metade dos materiais utilizou adultos nas imagens por causa de uma característica do Diabetes: 90% dos casos da doença correspondem ao Diabetes Tipo 2, que ocorre justamente nos indivíduos com mais de 30 anos e a prevalência aumenta de acordo com a idade (BRASIL, 2006). Essa opção busca, talvez, uma identificação dos leitores adultos, que correspondem à maioria dos diabéticos.

Um dado que muito se destacou foi a prevalência de brancos sobre outras etnias. Negros e pardos eram, praticamente, raros de serem encontrados, já que 90% dos participantes das imagens eram brancos. Isso pode provocar uma resistência do indivíduo ao material por ele não se identificar com o participante. Uma pessoa de etnia parda ou negra, ao ver somente participantes brancos, pode se sentir discriminado e negar as informações que são transmitidas.

A variável da “ação desempenhada” foi umas das mais diversificadas no material educativo. “Atividades em família” foi o valor com maior percentual (23%) e incluía atividades como conversa com filho, vendo TV em família, lendo um livro com um companheiro, pintando um quadro, piquenique ao ar livre, assistindo um filme no cinema, refeição em família e brincadeira entre pais e filhos. As “Atividades com amigos” (11%) abrangeram as conversas ao telefone, reuniões em restaurantes, cantar num karaokê, se divertir numa brincadeira, visita a casa de amigos. As imagens que retratavam pessoas no ambiente de trabalho, como hospital, fábrica, comércio, dentre outras, corresponderam a 8%. Existiam também as “Atividades corriqueiras” desempenhadas pelos personagens, como dirigir uma moto ou um carro numa avenida; estar numa praia ou piscina pegando sol; tomar banho no chuveiro ou banheira, arrumar o jardim e limpar a casa.

Era muito freqüente o participante na imagem estar praticando exercício físico (15%), como por exemplo, se alongando; correndo; fazendo hidroginástica; nadando; jogando tênis; andando de bicicleta; caminhando; malhando; escalando uma montanha; andando de patins; jogando futebol. Com o mesmo percentual (15%), os personagens cuidavam do seu Diabetes aplicando insulina, tomando remédios, se alimentando de forma saudável ou se consultando com um profissional de saúde.

A ação desempenhada era “Indeterminada” quando não se enquadrava nas características dos outros valores e, por isso, foram separadas das demais (21%).

Os materiais educativos não apresentavam diferença entre o sexo adotado. O número de participantes do sexo feminino e do sexo masculino ficou praticamente equilibrado. Quanto aos papéis retratados, 91% eram indeterminados, ou seja, não possuíam características

que identificassem um específico papel. Não delimitar as características do participante que mostre uma determinada atividade pode ser uma opção de atingir um maior número de leitores. Entretanto, pode ocorrer que, quando leitor não visualiza características que propiciem sua identificação com o material, ele pode se tornar indiferente à mensagem transmitida e ao material educativo (KELLY-SANTOS, ROZEMBERG, 2005).

Quanto ao cenário, 41% das imagens não apresentavam características definidoras. O cenário público apareceu em 35% dos materiais, correspondendo à restaurante, escola, avenida, academia ou áreas de lazer como piscina, parque, praia e quadra de esportes. O ambiente doméstico foi apresentado em 17% das imagens, incluindo cozinha, banheiro, sala de estar e quarto. Apenas 7% das imagens apresentavam um ambiente de trabalho.

Quase a metade das imagens (47%) apresentavam apenas um participante na imagem. Dois participantes surgiram em 41% das imagens e apenas 12% estavam em grupos. O público era caracterizado como feliz em 41% das imagens. Em 33%, não existia caracterização definida. A característica de estar bem-apegoado surgiu em 17% das imagens, e infelicidade ou com uma cara de descontentamento, 7%.

Utilizar imagens menores que a metade da página foi uma das maiores escolhas quanto ao tamanho da imagem. Isso demonstra que, pelo menos no que diz respeito ao espaço ocupado, prevalece o texto sobre a imagem, o que pode ser uma forma mais exaustiva de transmitir informações. O tipo de coloração mais adotado foi com cor de fundo neutra (93%). Apenas 5% tinham a cor de fundo vibrante e 2% eram monocromáticos.

4.2 SELEÇÃO E MAPEAMENTO DO UNIVERSO DO *CORPUS* DA PESQUISA

Para ser possível utilizar estes materiais educativos nos grupos de discussão, tornou-se necessário reduzir o quantitativo de materiais e concentrá-los em temas específicos a serem discutidos.

Portanto, a primeira seleção dos materiais foi baseada no conteúdo. Os materiais que abordavam “noções básicas sobre Diabetes” e “cuidados com os pés” foram selecionados. Estes temas foram escolhidos por serem amplos, ao invés de específicos (p.ex. dieta alimentar) ou técnicos (p.ex. aplicação de insulina), e por se relacionar com os sujeitos da pesquisa.

O primeiro tema corresponde à conceituação do Diabetes, sintomas, classificações, características de cada tipo e tratamento de uma forma geral. Estes conceitos são básicos

porque os pacientes, de uma forma geral, têm acesso a estas informações. O segundo tema se refere aos cuidados com os pés. Para o diabético, os pés representam uma grande fonte de infecções e complicações da doença quando não recebem os cuidados necessários, podendo resultar em úlcera e amputação do membro. Por isso, estas importantes orientações são disponibilizadas a todos diabéticos, independente do tratamento.

Como foram mostradas na Tabela 2, estas duas temáticas foram algumas das mais frequentemente encontradas nos materiais educativos em Diabetes: as “noções básicas sobre Diabetes” correspondem a 16% dos temas dos materiais e os “cuidados com os pés”, 5%.

Desta seleção inicial permaneceram 36 (trinta e seis) materiais educativos.

A segunda seleção levou em consideração características que definiam o material como inapropriado para as questões desta pesquisa, como as seguintes:

- ② Letras pequenas;
- ② Ausência de imagens;
- ② Livretos com mais de 20 páginas; e
- ② Materiais que abordavam, além dos temas escolhidos por esta pesquisa, outros assuntos com maior destaque.

Foram mantidos os materiais que não possuíam estas características e que, aparentemente, seriam atrativos com cores e ilustrações diversificadas. Ao final desse processo seletivo, foram selecionados 23 (vinte e três) materiais educativos para serem utilizados como amostra da pesquisa.

Este *corpus* da pesquisa contém folders de tamanho pequeno, livretos de tamanho pequeno a médio, impressos de fabricação própria e cartazes, que correspondem aos formatos mais utilizados na Educação em Diabetes.

A abordagem de um assunto específico no grupo de discussão irá facilitar o debate e permitirá alcançar dados de pesquisa mais detalhados. Por isso, estes materiais foram divididos em dois grupos de acordo com a temática: “conhecendo o Diabetes” e “cuidados com os pés”. A tabela abaixo caracteriza os formatos dos materiais que compõem cada grupo:

Conhecendo o Diabetes	Cuidados com os pés
4 folders	4 folders
4 cartazes	2 livretos
2 livretos	1 impresso de produção própria
2 impressos de produção própria	1 cartaz
3 livretos que abordam ambos os temas	

4.2.1 Análise do conteúdo visual do *corpus* da pesquisa

Após seleccionar o material, preocupamo-nos em verificar se o conteúdo visual do *corpus* da pesquisa mantinha correspondência ou não com os resultados da análise do grupo total de materiais educativos.

Verificamos e quantificamos as mesmas variáveis e valores que foram analisadas no grupo total.

Tabela 4: Variáveis e valores dos materiais educativos seleccionados

VARIÁVEIS						
V A L O R E S	Faixa etária		Etnia		Ação desempenhada	
	Criança	8%	Negro	1%	Atividades corriqueiras	3%
	Idoso	14%	Outros	7%	Atividades com amigos	4%
	Jovem	24%	Pardo	10%	Praticando exercício	9%
	Adulto	54%	Branco	82%	Atividades de trabalho	11%
					Atividades em família	13%
					Indeterminada	26%
					Cuidando do Diabetes	34%

VARIÁVEIS						
V A L O R E S	Sexo		Papéis retratados		Cenário	
	Feminino	24%	Trab. Industrial	1%	De trabalho	11%
	Masculino	76%	Enfermeira	4%	Público	13%
			Estudante	5%	Doméstico	18%
			Médico	6%	Indefinido	58%
			Indeterminado	84%		

VARIÁVEIS				
V A L O R E S	N. de participantes		Caracterização do público	
	Em grupo	7%	Infeliz	13%
	2 pessoas	17%	Bem-apeçoado	22%
	1 pessoa	76%	Inespecífico	27%
			Feliz	38%

VARIÁVEIS				
V A L O R E S	Tamanho da imagem		Tipo de coloração	
	Página dupla	0%	Monocromático	7%
	Metade da página	7%	Cor de fundo vibrante	13%
	Página inteira	8%	Cor de fundo neutra	80%
	Maior que ½ da pág.	20%		
	Menor que ½ da pág.	65%		

Comparando estes resultados com os resultados do grupo total, observamos que a maioria das variáveis estavam equivalentes.

As variáveis faixa etária, etnia, ação desempenhada, papéis retratados, cenário e tamanho da imagem estão praticamente equivalentes. São totalmente equivalentes as variáveis n.º de participantes, caracterização do público e tipo de coloração. A única variável discrepante é o sexo. Por conta disso, esta variável não será analisada nesta pesquisa.

4.2.2 Análise das imagens do *corpus* da pesquisa por meio da Semiótica Social

Os materiais educativos representam uma excelente ferramenta para o estudo semiótico por apresentarem diferentes aspectos da comunicação visual. Estes materiais objetivam ser facilmente entendidos e, para isso, diversos recursos semióticos podem ser identificados sob diferentes pontos de vista (VAN LEEUWEN, 2005).

A análise dos recursos semióticos presentes no *corpus* da pesquisa consiste numa análise geral na tentativa de disponibilizar ao leitor desta pesquisa maior conhecimento destes. Neste sentido, utilizar a Semiótica Social permite descrever como se constroem significados potenciais em textos e imagens.

Essa análise foi organizada em três níveis: representacional, interativo e composicional; abrangendo, no total, sete variáveis, conforme veremos a seguir. Utilizando como base os trabalhos de Jewitt e Oyama (2001), Bell (2001), Kress e van Leeuwen (1996) e van Leeuwen (2005), observamos como os autores realizaram a análise e buscamos seguir suas orientações ao implementarmos a nossa.

4.2.2.1 Nível Representacional

O nível representacional do significado de uma imagem é, antes de tudo, comunicado pela forma como seus participantes abstratos ou concretos (pessoas, lugares ou coisas) são retratados. Podemos criar um significado ao observar as características do personagem e/ou da ação que este desempenha na imagem. A Semiótica Social tem enfatizado a importância de se considerar a “sintaxe” das imagens para que se possa analisar o nível representacional de sua significação. Em modos semióticos baseados no tempo, como a linguagem, a música ou a imagem em movimento, a “sintaxe” se refere à maneira como os diversos recursos são colocados em sequência. Em modos semióticos baseados no espaço, como imagens estáticas e arquitetura, a “sintaxe” diz respeito às relações espaciais construídas entre os elementos, ou seja, como estes se posicionam e se relacionam (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 141). Analisar o nível representacional do significado de uma imagem passa, portanto, por uma análise da organização espacial dos elementos no espaço da representação (“sintaxe”).

Kress e van Leeuwen (1996) sugerem analisar como padrões de sintaxe visual podem relacionar os participantes de uma imagem uns aos outros de formas significativas. Esses autores identificaram dois tipos de padrões: as representações narrativas, que relacionam os participantes em termos de desdobramento de ações, acontecimentos e processos de mudança dos quais eles tomam parte; e as representações conceituais, que representam participantes destacando suas características mais gerais ou suas “essências” atemporais, como indivíduos ou objetos que *são* algo, *significam* algo ou *pertencem* a alguma categoria. A diferença entre estes padrões é importante, uma vez que a identificação de um padrão narrativo ou conceitual em uma dada representação confere uma chave para compreender os discursos que a medeiam (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 141).

a) Representações narrativas

As imagens narrativas (ou cenas dentro das imagens) são reconhecidas pela presença de um vetor. O vetor é uma linha, frequentemente diagonal, que conecta participantes, por exemplo, setas que conectam caixas num diagrama. O vetor expressa a dinâmica, os tipos de relações das “ações” ou “acontecimentos”. De uma forma geral, “protagonistas” são participantes de quem emana o vetor. No caso da Figura 1, os vetores podem ser identificados pelas posições dos braços dos personagens e pela direção dos olhares. A existência destes vetores confere uma dimensão narrativa à imagem, já que ela sugere um espaço-tempo e uma

ação, desempenhada pelos personagens, sugerindo ao espectador/leitor que esta ação continua (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 141).

Na figura 1, o “protagonista” da imagem é o homem. O vetor é bidirecional, pois o olhar parte tanto do homem quanto da mulher. A imagem sugere uma “surpresa” do homem pelo fato de a mulher à esquerda possuir diabetes apesar da aparência de saudável.

O “alvo” da imagem está presente nos participantes a quem se dirige o vetor. Na Figura 1, a mulher da esquerda representa o “alvo”. Quando uma imagem ou uma cena dentro da imagem possuem ambos, protagonista e alvo, ela é transativa, representando uma ação que ocorre entre duas partes. Mas também é possível ter uma imagem ou uma cena contendo apenas um protagonista ou um vetor (não-transativa) (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 143).

Muitos não conseguem esconder o dó e a incredibilidade quando me falam: “Você tem diabetes? Mas você parece tão saudável! Nunca pude imaginar!”



Figura 1: Folder que aborda o cotidiano de uma jovem diabética

Para Jewitt e Oyama (2001, p. 143), a linha dos olhos, a direção do olhar dos participantes representados (na medida em que não é dirigida ao leitor), é um tipo especial de vetor. Ele cria uma reação em vez de uma ação. Tal reação pode ser transativa ou não-transativa. Pode ser que vejamos tanto a pessoa que está olhando quanto a finalidade do seu olhar (reação transativa), como ocorre na Figura 1. Ou, então, veremos somente a pessoa que está olhando e não o que ele ou ela estão a olhar (reação não-transativa), como ocorre na Figura 2, pois não sabemos para onde ou para o quê a mulher está olhando.

Pra dormir com os anjos, faço o último teste, que me deixa segura de que nada de errado vai atrapalhar o meu descanso e o da minha família. E não devo esquecer do copo de leite, antes de deitar e deixar um copo de água e açúcar sempre ao lado da cama.



Figura 2: Folder que aborda o cotidiano de uma jovem diabética

Expressões faciais e gestos podem ser da natureza da reação como agrado ou desagrado, atencioso ou desafiador, e assim por diante (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 143). Na Figura 3, a mulher à esquerda apresenta uma expressão de agrado e um olhar de atenção ao que a mulher à direita está falando.

Na Figura 3, a “protagonista” da imagem é a mulher da direita, que está falando e gesticulando. A mulher da esquerda é o “alvo” do vetor. A dinâmica da cena refere-se a uma mesa de um restaurante, onde a jovem diabética conversa e se diverte com seus amigos. Na mesa, observamos que eles estão a beber e comer (todos estão com copos às mãos e existe um prato de petiscos no meio da mesa). Ao fundo, a imagem de um pianista sugere uma música ambiente suave e agradável.

O texto delimita o sentido da imagem na Figura 1. O homem não acredita que a mulher à esquerda tem Diabetes por causa de sua aparência. A mulher da esquerda recebe a ação. A outra mulher, que está entre os dois, olha diretamente para o leitor, como se não interagisse com o acontecimento da cena. Esta personagem porta um significado potencial para esta imagem: ela busca transmitir uma mensagem ao leitor pela sua feição de surpresa e pose atrativa, como se estivesse perguntando: “E você acreditaria?”



Diverte-se!! Como qualquer outra pessoa! E aprende a escolher as melhores (mais adequadas) opções do cardápio. Antes do jantar, o quinto teste do dia, que vai me dar ajuda na determinação da dosagem da insulina

Figura 3: Reunião entre amigos como prática cotidiana da jovem diabética

Os conceitos de narrativa da análise visual (ação, reação, transativo, não-transativo) podem ajudar a interrogar um texto visual e a formar questões, tais como quem possui o papel ativo ao desempenhar uma ação ou olhar, e quem possui o papel passivo (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 143).

b) Representações conceituais

As imagens que não contêm vetores são “conceituais”. Elas “definem”, “analisam” ou “classificam” visualmente pessoas, lugares, situações, categorias e coisas (incluindo coisas abstratas). As representações conceituais se dividem em estruturas de classificação, de identificação simbólica e analíticas (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 143).

A classificação das estruturas agrupa diferentes pessoas, lugares ou coisas em uma figura, distribuindo-os simetricamente no espaço da representação de modo a mostrar relações de pertencimento ou oposição a uma mesma classe. A Figura 4, por exemplo, oferece uma estrutura que exemplifica os tipos de atividade física. As características das imagens foram usadas para destacar a individualidade de cada prática de exercício físico. Os participantes da imagem são separados (desconectados) pelo uso de espaços na imagem e não olham um para o outro, mesmo o casal dançando. Estes participantes apresentam uma coisa em comum: todos estão praticando um tipo de exercício físico, tais como andar de bicicleta, caminhar, nadar e dançar. Além disso, cada atividade física retratada apresenta o que lhe é peculiar e necessário

para praticá-la: bicicleta para andar de bicicleta; tênis e roupas leves para caminhar; piscina e óculos para nadar; um parceiro e música para dançar.

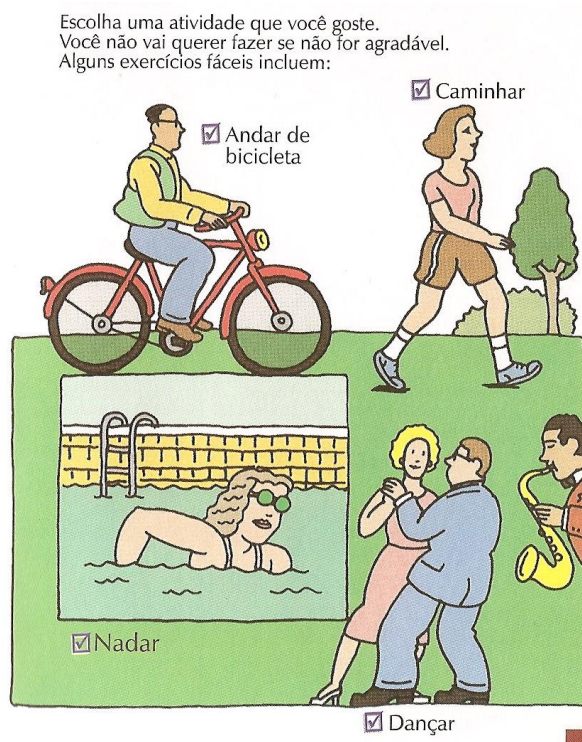


Figura 4: Tipos de atividade física exemplificados em um livreto

As estruturas de identificação simbólica definem o significado ou a identidade do participante. Nestas estruturas, a identidade ou significado de um participante (o “veículo”) é estabelecido por outro (o “atributivo simbólico”). Os atributos simbólicos são reconhecidos por meio de uma ou mais das seguintes características: eles são destacados na representação, por exemplo, pelo seu tamanho, posição, cor, uso de iluminação; eles são apontados por meio de um gesto; eles olham para fora do local no conjunto; etc.

Na Figura 5, a vestimenta, prancheta e caneta definem a identidade simbólica de que o homem à esquerda é um médico, pois são típicas características da prática médica. O pé em cima da poltrona, maior que o próprio médico, possui um significado simbólico em que o pé é destacado como a parte mais importante do corpo do diabético, ao menos naquele momento, e que está sendo examinado de forma meticulosa e atenciosa. Outro exemplo aparece na Figura 4, em que o saxofone e o smoking definem que o participante é um músico.

DIABETES E OS PÉS

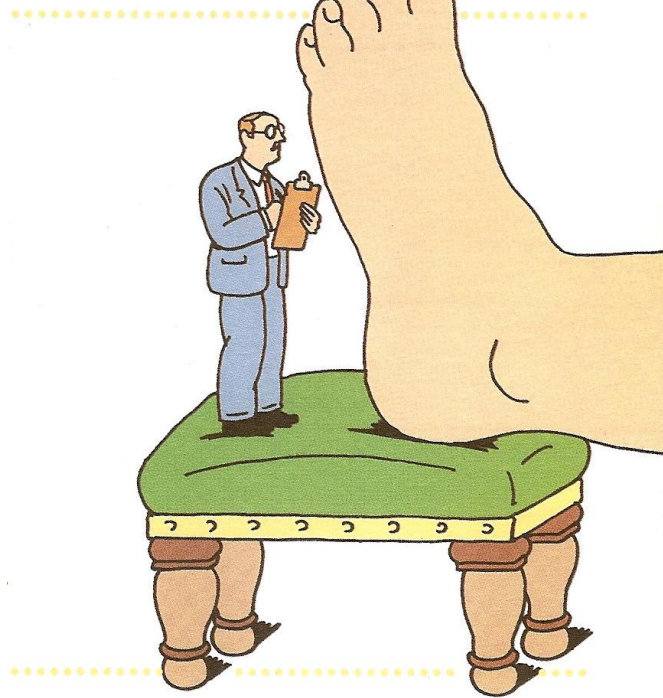


Figura 5: Livreto que destaca a importância do cuidado com os pés

A imagem da Figura 6 apresenta um homem e uma mulher em cima de alimentos e segurando remédios. As vestimentas desportivas apontam que eles são praticantes de atividades físicas. Entretanto, eles estão se equilibrando em cima de uma maçã e um copo de suco (significado simbólico de alimentação saudável) e, além disso, seguram um frasco com insulina e tabletes de remédios. O significado simbólico do conjunto da imagem confere ao conhecimento do Diabetes como uma doença que precisa de equilíbrio entre o quanto e o quê se come o quanto se gasta (na atividade física) e o quanto se utiliza de remédios.

CONHECENDO O DIABETES



Figura 6: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes

As estruturas analíticas, finalmente, relacionam os participantes uns com os outros em termos de uma co-estrutura global. Por exemplo, um mapa da Europa permite que ela seja analisada como sendo composta por diversos países ou como sendo composta por diferentes tipos de solo, ou por diferentes altitudes. O conceito ou entidade (por exemplo, a Europa) é definido pela forma como ela é composta por tais partes (conjunto de países, ou de diferentes tipos de solos, ou diferentes altitudes) (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 144).

DIABETES

O QUE É DIABETES?

Diabetes é um grupo de distúrbios crônicos que afetam o modo com que o corpo utiliza os alimentos para fabricar a energia necessária para a vida. Há duas formas principais de diabetes (Tipo 1 e Tipo 2), além da intolerância à glicose, diabetes gestacional e de outros. Independentemente do seu tipo de diabetes, o controle metabólico sob os cuidados do seu médico é essencial para a sua saúde.

Diabetes Mellitus Tipo 1
No diabetes Tipo 1, o pâncreas produz pouca ou nenhuma insulina. Sem insulina, o açúcar não pode entrar nas células para ser utilizado como fonte de energia. Os níveis do corpo ficam sem alimento e os níveis de glicose no sangue tornam-se altos. É mais frequente entre as crianças e os adolescentes e requer insulino-terapia como tratamento.

Diabetes Mellitus Tipo 2
No diabetes Tipo 2, o pâncreas produz insulina, mas a produção é diminuída ou não eficaz. Além disso, os receptores de insulina que controlam o transporte de açúcar para as células não funcionam corretamente. O diabetes Tipo 2 ocorre mais frequentemente em pessoas com mais de 35 anos. Alguns pacientes podem necessitar de medicamentos além da aplicação de insulina para controlar a glicemia.

O que é Insulina?
Insulina é um hormônio produzido no pâncreas e liberada na circulação sanguínea. A insulina prende-se às células nos chamados receptores de insulina. Uma vez fixada, a insulina permite que o açúcar ou a glicose da comida que ingerimos entre nas células do fígado, nas células adiposas e musculares, e seja utilizado como fonte de energia.

METABOLISMO DA GLICOSE

- Os carboidratos (açúcares e amido) da comida que ingerimos são quebrados em glicose no estômago e no intestino.
- A glicose passa do intestino para a corrente sanguínea e vai até o fígado, onde é armazenada.
- O pâncreas, por meio da insulina, controla a quantidade de açúcar armazenada e liberada pelo fígado para uso em todo o corpo.
- A insulina também controla as células das fibras musculares, das células adiposas, das rim e de outros órgãos. Se a insulina não for suficiente, essas células não absorvem açúcar da circulação sanguínea e não recebem nutrição suficiente.

EQUILÍBRIO DE GLICOSE

Os níveis de glicose no sangue são mantidos de acordo com as nossas necessidades energéticas. A sua glicemia pode ser monitorizada em casa com o uso de monitores que podem auxiliar seu médico no melhor controle do diabetes.

Mudanças Saudáveis no Estilo de Vida
Apesar de não existir cura para o diabetes, ajustar o estilo de vida pode ajudar a controlar a glicemia e evitar complicações. Essas mudanças incluem:

- Selecionar um plano alimentar balanceado.
- Limitar o uso de carboidratos simples ou açúcares.
- Diminuir a gordura da alimentação.
- Exercitar regularmente os horários das refeições.
- Manter sua glicemia de acordo com a recomendação do seu médico.
- Desfrutar de exercícios de baixo impacto, como caminhada, natação e ciclismo.

Problemas de Saúde a Longo Prazo
Alta níveis de glicose no sangue podem provocar alterações nos nervos e nos grandes e pequenos vasos sanguíneos. Quem tem diabetes e mantém a glicemia elevada está mais propenso a ter sérios problemas oculares, doença renal, ataques cardíacos, derrames cerebrais, pressão alta, má circulação, fortalecimento nos olhos e nos pés, problemas dentários, erupções e infecções. O bom controle do diabetes pode evitar esses problemas.

Infertilidade Masculina **Doença Cardíaca** **Má Circulação** **Doença nos Nervos** **Perda de Visão**

Roche Roche Diagnóstica Para maiores informações: **ACCU-CHEK** **ACCU-CHEK**
Rua Positivo, 1.313 - 3ª - 01078-070 0800 17 20 120 Viva a vida... Como desejar

Figura 7: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

As estruturas analíticas sempre têm dois participantes: o transportador (o todo) e um número qualquer de “atributos possessivos” (as partes). Na Figura 7, o desenho da mulher no cartaz representa o todo, sendo, portanto, o transportador. Suas “partes” foram destacadas do

corpo e dispostas separadamente de forma mais detalhada. Essas “partes” são atributos possessivos do corpo da mulher.

4.2.2.2 Nível Interativo

Segundo os autores Jewitt e Oyama (2001, p. 145) e Bell (2001, p. 29), as imagens podem criar relações particulares entre os espectadores e o mundo dentro do espaço da representação. Desta maneira, as imagens interagem com os espectadores e sugerem que atitudes estes devem tomar em relação ao que está sendo representado. Três fatores desempenham um papel fundamental na realização desses significados: contato, ponto de vista e distância. Juntos, eles podem criar uma complexa e sutil relação entre o que está representado e o espectador.

a) Contato e Ponto de vista

As imagens podem “fazer algo” ou “oferecer algo” ao leitor. As imagens “fazem contato” com os espectadores, estabelecendo uma relação (imaginária) entre participantes e espectadores. Dessa forma, o contato e o ponto de vista determinam o comportamento do personagem com relação ao leitor (JEWITT, OYAMA, 2001; BELL, 2001).

Se as imagens não estabelecessem um contato (imaginário) com o leitor, este olharia de forma bastante diferente para os personagens das imagens, de uma maneira distante e impessoal, como se os participantes fossem um “mostruário” em uma moldura (JEWITT, OYAMA, 2001).

Quando os participantes da imagem pedem simbolicamente algo do espectador, elas são classificadas como de “pedido”. Esse pedido pode ocorrer por expressões faciais, gestos e olhares: o rosto inclinado para baixo e um olhar suplicante direcionado para cima pode demandar um sentimento de pena; um sorriso insinuante ou um olhar penetrante pode desarranjar o leitor e surpreendê-lo. O fato de consumir um alimento que, pela expressão facial do participante, está delicioso, convida o leitor a desejar comê-lo também. Em cada caso, a imagem “quer” alguma coisa dos leitores (se aproximar, manter distância) de forma a criar um pseudo-laço social de um tipo particular com o participante representado. Dessa forma, imagens definem, em certa medida, quem é o leitor, excluindo outros leitores (JEWITT, OYAMA, 2001; BELL, 2001).

Quando não há um direcionamento direto ao leitor por meio de um olhar e um pedido, a imagem é classificada como “oferta”. As Figuras 4, 5, e 6 (páginas 85-86) trabalham formas de contato que representam “ofertas” ao leitor, onde os personagens não estabelecem um contato com o leitor.

De acordo com Jewitt e Oyama (2001) e Bell (2001), o comportamento pode ser classificado como:

- ② Oferta/ideal: o participante é retratado (a) de forma que propõe que ele (a) próprio (a) é idealizado (a) como um exemplo da classe ou atributo a ser seguido (a), longe do olhar do leitor. A Figura 8 retrata indivíduos fazendo atividade física, tendo um aspecto saudável e de bem-estar.



Figura 8: Livreto que informa conceitos básicos sobre Diabetes

- ② Pedido/igualdade: o participante olha diretamente para o leitor, sorrindo. Olhar diretamente para o leitor faz uma conexão com este e estabelece um contato, mesmo que seja somente no nível imaginário. O ato de sorrir complementa o convite ao leitor a entrar numa relação de afinidade. Na Figura 9, o personagem realiza um contato com o leitor num nível de igualdade, pois está olhando diretamente nos olhos do leitor, e o texto abaixo da imagem completa o “pedido”: utilizando este guia educativo, será possível ter um Diabetes mais controlado, assim como o homem retratado na foto. De acordo com Kress e van Leeuwen (1996, p. 122-3), esta configuração cria uma forma visual de direcionamento direto.
- ② Pedido/submissão: a “câmera” está posicionada acima do participante, apontando para baixo (ângulo alto), demonstrando uma inferioridade do personagem.
- ② Pedido/superioridade: a “câmera” está posicionada de baixo para cima, representando um personagem superior ao leitor.
- ② Pedido/sedução: o participante olha para cima do leitor, com cabeça inclinada e postura atrativa.



Figura 9: Livreto contendo informações sobre o controle do Diabetes

Para Jewitt e Oyama (2001), gestos podem modificar ainda mais o que é exigido, como na Figura 10. Além de criar um contato com o leitor, a participante estende a mão direita para o que está escrito, destacando o que está sendo falado. A mão esquerda na cintura demonstra, de certa forma, uma indiferença por ela ser diabética, pois, apesar disso, é uma pessoa como qualquer outra.

Pode existir ainda uma relação de engajamento, quando o rosto do participante está num ângulo frontal (Figura 9), ou de separação, quando o rosto do participante está enviesado, lateral.

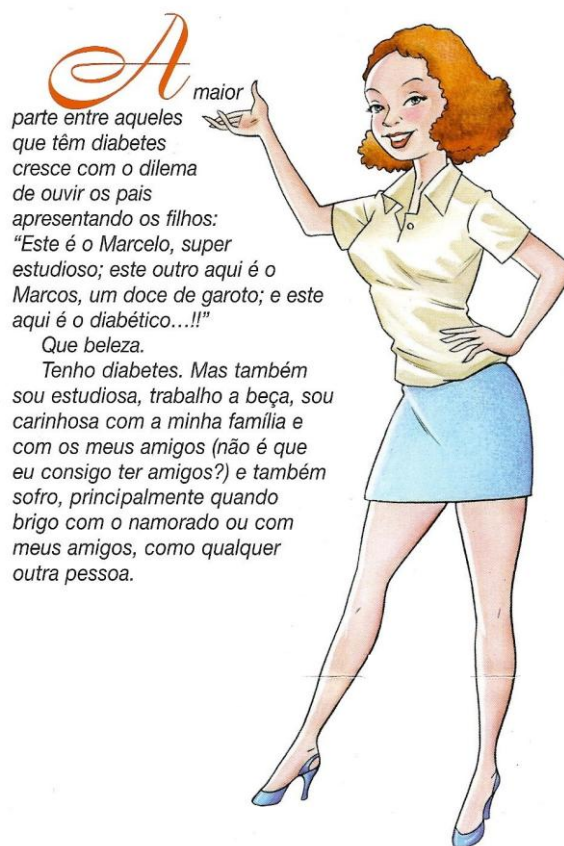


Figura 10: Folder que aborda o cotidiano de uma jovem diabética

b) Distância

As imagens podem conduzir pessoas, lugares e coisas a se aproximarem do espectador ou mantê-los distantes. Nas interações quotidianas, as relações sociais determinam o espaço (literal e figurativamente) que mantemos um do outro. Isso se traduz no tamanho das inter-relações pessoais. As pessoas próximas são vistas de uma forma que só veríamos normalmente as pessoas que conhecemos mais ou menos intimamente. Todos os detalhes do seu rosto e de sua expressão estão visíveis. Estamos tão perto deles poderíamos quase tocá-los. Eles revelam sua individualidade e sua personalidade. As pessoas distantes são vistas de maneira que só veríamos normalmente um estranho, pessoas cujas vidas não tivemos contato. Iremos vê-los em linhas gerais, impessoalmente, como tipos e não como indivíduos. Isto não significa, evidentemente, que as pessoas que vemos representados em proximidade estão realmente perto de nós, ou vice-versa. Isso significa que eles são representados como se eles pertencem ou devessem pertencer ao “nosso grupo”, e que o espectador é, assim, tratado como um certo tipo de pessoa (JEWITT, OYAMA, 2001, p. 146).

Existem, naturalmente, muitos graus intermediários de proximidade e distância, tal como existem, na vida cotidiana, muitos graus intermediários entre as maiores relações e a total ausência de uma relação. Segundo Jewitt e Oyama (2001) e Bell (2001), a distância pode ser classificada como:

- ② Íntimo: vemos somente a face ou a cabeça do participante.
- ② Pessoal próximo: vemos a cabeça e o ombro do participante (Figura 9, página 90).
- ② Pessoal distante: vemos o participante da cintura para cima (Figura 2, página 83).
- ② Social próximo: vemos todo o corpo do participante (Figura 10, página 90).
- ② Social distante: vemos o participante por inteiro com um espaço ao redor dele.
- ② Público: vemos o tronco de pelo menos quatro ou cinco participantes (Figura 3, página 84).

4.2.2.3 Nível Composicional

Para Jewitt e Oyama (2001, p. 147), o nível composicional refere-se a elementos de composição do material, tais como o valor informativo do texto ou imagem, o enquadramento do participante, elementos que recebem maior destaque do que outros, e maior ou menor

proximidade com a realidade (modalidade). Nesta pesquisa, utilizaremos somente o enquadramento e a modalidade.

a) Enquadramento (*Framing*)

O termo *framing* indica que cada elemento de uma composição pode ter identidades separadas ou serem representados com propriedades em conjunto. Em outras palavras, *framing* “conecta” ou “desconecta” os elementos visuais e textuais presentes.

A desconexão pode ser produzida de muitas maneiras, como por meio de “*frame-lines*” ou “linhas de enquadramento” (que podem ser finas ou grossas, já que existem graus de *framing*), por meio de espaços vazios entre elementos, mas também por meio do contraste de cores ou formas, ou algum outro aspecto visual. A conexão pode ser realizada exatamente da maneira oposta, por meio de similaridades e rimas entre cor e forma, por meio de vetores que conectam elementos, e, é claro, por meio da ausência de *frame-lines* ou de espaços vazios entre os elementos (JEWITT & OYAMA, 2001).

A significância disso, o seu potencial semiótico, é que elementos desconectados seriam interpretados como sendo, em algum sentido, separados e independentes, talvez até contrastando unidades de significados. Por sua vez, elementos conectados seriam interpretados como pertencentes a uma mesma categoria ou classe, ou como sendo contínuos ou complementares (VAN LEEUWEN, 2005).

Observando as imagens na Figura 11, elas estão desconectadas umas das outras por espaços vazios. Dessa forma, elas devem ser entendidas separadamente, pois representam diferentes cuidados com os pés. Já na Figura 12, as imagens estão separadas umas das outras por linhas de enquadramento, classificando os sintomas de hipoglicemia em diferentes quadros. Consequentemente, as imagens fragmentam as informações passadas pelo texto: o primeiro quadrado demonstra sintomas como tremores, irritabilidade, sudorese; o segundo, sonolência e cansaço; e o terceiro, fome. Essa fragmentação pode passar uma noção inadequada para os diabéticos de que os sintomas de uma hipoglicemia podem ocorrer de acordo com os ‘grupos’ de sintomas reunidos por cada imagem, e não de forma independente e diversificada.



Figura 11: Folder que aborda os cuidados com os pés



Figura 12: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes

Pode-se dizer que existem espaços não somente entre as imagens, mas também entre o texto e a imagem, que são, por isso, desconectados. Nesse caso, texto e imagens ocupam diferentes territórios: o espaço da figura e o espaço do texto. Não existem figuras no espaço do texto e nem textos no espaço das figuras. Na Figura 11, os dois espaços aparecem quase que distintos e, apesar de não existir “frame-lines”, o formato do espaço da figura aponta uma nítida fronteira entre os dois espaços (VAN LEEUWEN, 2005).

Outra forma de separar diferentes enquadramentos é o contraste. Na Figura 13, as diferentes cores de fundo dividem o folder em espaços distintos com diferentes temas. Esse *framing* (assim como outros) organiza e dirige a leitura/compreensão da mensagem pelo espectador.

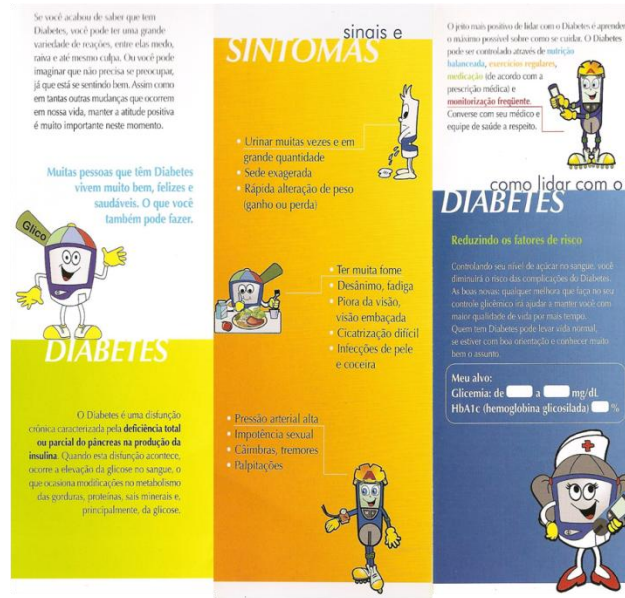


Figura 13: Folder que informa noções básicas sobre Diabetes

b) Modalidade

Modalidade refere-se ao valor de realidade de uma representação. Ela resulta de dimensões com que certos recursos de imagens (cor, detalhes representacionais, profundidade, sombra) são utilizados (BELL, 2001, p. 30). Cada uma destas dimensões pode ser vista como uma escala, que se aproxima ou se distancia de uma perspectiva natural. Em cada escala existe um ponto que representa a maneira que uma determinada dimensão imagética é usada, e que poderia ser chamada de nível de realidade.

Segundo Bell (2001, p. 30), a modalidade é dependente do contexto, ou seja, a modalidade é codificada de acordo com orientações particulares adequadas a diferentes domínios de representação convencional. Os domínios que o autor distingue incluem: científico/tecnológico, abstrato, naturalista e sensorial. Utilizaremos nesta pesquisa a modalidade naturalista.

A modalidade naturalista refere-se ao valor da realidade visual na seguinte forma: quanto maior for a congruência entre o que se vê do objeto numa imagem e o que se pode ver na realidade a olho nu, em uma situação específica e de ângulo específico, maior será a naturalidade da imagem. Assim, uma representação que usa um grau reduzido de naturalismo se torna mais abstrata, “menos do que real”. Uma representação que usa um grau cuja dimensão de naturalismo é ampliada se torna “mais do que real” (KRESS & VAN LEEUWEN, 1996, p. 256).

Como existem diferentes definições de realidade, adaptamos as modalidades dos autores Jewitt e Oyama (2001) e Bell (2001) para o viés desta pesquisa, criando modalidades para diferentes níveis de naturalidade das imagens:

- ② Modalidade fotográfica: corresponde a fotos. As fotografias (como na Figura 9, página 90) são consideradas, freqüentemente, como imagens que mostram as coisas exatamente como podem também ser vistas na realidade, a olho nu.
- ② Modalidade pictórica naturalista: desenhos que mais se aproximam da naturalidade. Na Figura 14 existe um detalhe do desenho de um cartaz (retratado por completo na Figura 7, página 87), onde podemos observar os pormenores do desenho e a grande semelhança que pretende alcançar com o que é real.



Figura 14: Close do cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

No final deste cartaz, existem figuras que estão retratados com mais detalhes na Figura 15 e apresentam imagens de: uma insuficiência renal com um glomérulo danificado; um vaso sanguíneo obstruído por placas de gordura apontando uma doença cardíaca; um vaso obstruído com um desenho de pé no fundo apontando para uma má circulação; um nervo com a bainha de mielina danificada, o que provoca perda de sensibilidade nos membros inferiores (observe-se um dedo espetado por uma agulha conotando a perda da sensibilidade); e um globo ocular com vasos danificados provocando a perda da visão.

Estas figuras representam possíveis complicações crônicas do Diabetes quando mal controlado. Entretanto, elas são puras representações imagéticas que buscam

ilustrar o fenômeno, sem se preocupar em ser acessível ao entendimento do público leigo. Elas não possuem nenhum texto que complemente o sentido do desenho, a não ser o título que as identificam. Somente uma pessoa com conhecimentos mais aprofundados no Diabetes e na fisiologia humana poderia compreender o significado das imagens.



Figura 15: Close dos desenhos da parte inferior do cartaz

- ② Modalidade pictórica convencional: desenhos convencionais com traços bem simplificados. Na Figura 16, o desenho não possui muitos detalhes, os traços são bem reduzidos e simplificados, as cores são artificiais.



Figura 16: Livroto que informa noções básicas sobre Diabetes

- ② Modalidade pictórica fantasiosa: desenhos com características inexistentes. Na Figura 17, estão destacadas algumas partes de um folder (por completo na Figura 13). Neste material, glicosímetro (aparelhos de medir glicose) e fitas reagentes estão personificados.

O glicosímetro fala e gesticula, faz uma refeição, tem uma aparência de cansado; outro glicosímetro “do sexo feminino” representa uma enfermeira; a fita reagente está urinando; outro glicosímetro está verificando a pressão arterial e aponta para um copo d’água que, provavelmente, está bebendo; uma gota de sangue se pesa numa balança; enfim, todas as imagens possuem características irreais.



Figura 17: Partes de um folder que informa noções básicas sobre Diabetes

4.2.2.4 Metáfora, Metonímia e Hipérbole

O conceito de metáfora é um conceito multimodal e pode ser aplicado tanto nos modos semióticos quanto na linguagem. A essência da metáfora é a idéia de transferência, de transferir alguma coisa de um lugar para outro, baseando-se na percepção de similaridade entre dois lugares (VAN LEEUWEN, 2005).

A metáfora também pode ser entendida com base nas interações físicas ou nas interações interpessoais na cultura local, em termos como social, político, econômico e instituições religiosas. Em cada caso, concretas experiências, seja puramente física ou

culturalmente mediada, formam a base para a metáfora que nos ajuda a entender coisas que não são claramente delineadas (VAN LEEUWEN, 2005).

Um exemplo de metáfora está presente na Figura 18. Para ilustrar o funcionamento normal do pâncreas, ou seja, uma pessoa sem diabetes, o cartaz representa o pâncreas como uma guarita situada na entrada da muralha (célula). A glicose é representada como quadrados azuis dispostos em um “tapete vermelho”, que representam os vasos sanguíneos. A insulina é representada como guardinhas que permitem livremente a entrada de glicose na muralha (célula). Como tudo está funcionando perfeitamente, todos se apresentam felizes e satisfeitos.

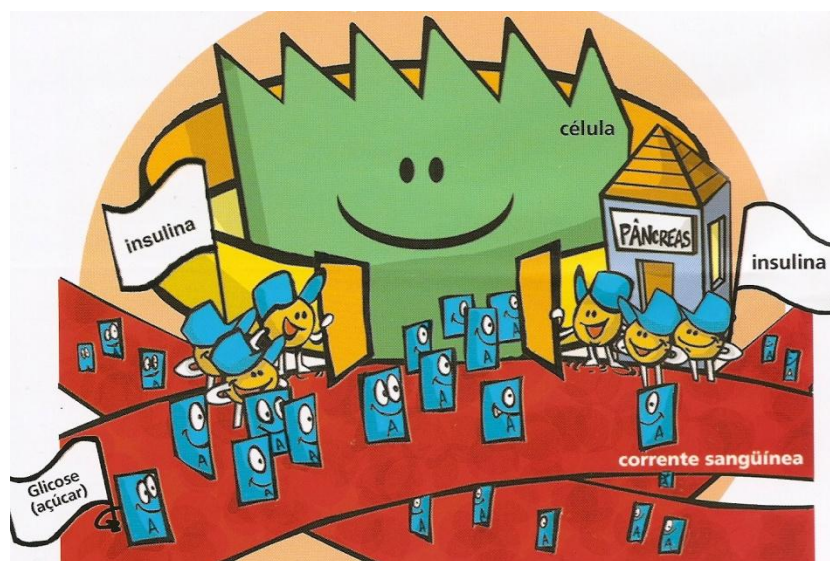


Figura 18: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

Na Figura 19, outra representação da insulina corresponde a um homem grande e forte, que com uma pá coloca o açúcar para dentro da célula, que é representada como uma fornalha. Dessa forma, a insulina (homem) é responsável por disponibilizar energia (açúcar) para a célula (fornalha). O sentido é que sem insulina, a célula não tem energia.

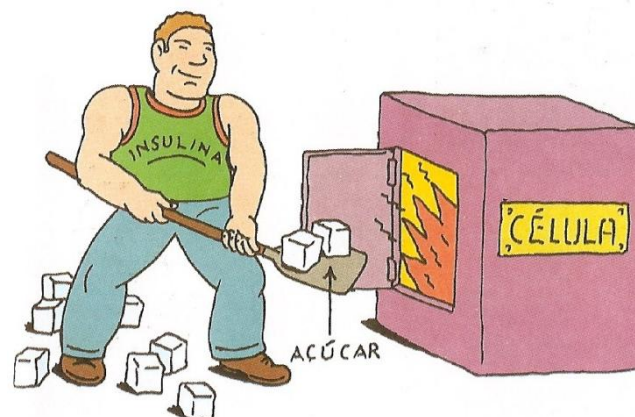


Figura 19: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes

Para exemplificar os tipos de Diabetes, a Figura 20 mostra o pâncreas do Diabetes Mellitus Tipo 1 como uma guarita fechada e destruída. Neste tipo de diabetes, o pâncreas pára de produzir insulina por causa, na maioria das vezes, de uma destruição auto-imune. Na falta de insulina (observem que não há insulina representada), a porta da muralha fica fechada e a glicose não consegue entrar na célula e, por isso, ela se concentra no sangue (hiperglicemia). A célula apresenta-se triste porque não consegue receber glicose, e esta parece estar desorientada, como se não soubesse o que está acontecendo.



Figura 20: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

No folder da Figura 21, outra imagem foi utilizada para representar o Diabetes Tipo 1. O pâncreas está deitado numa rede na praia, como se tivesse tirado férias, ou como se estivesse descansando. Ou seja, parou de funcionar, parou de produzir insulina.

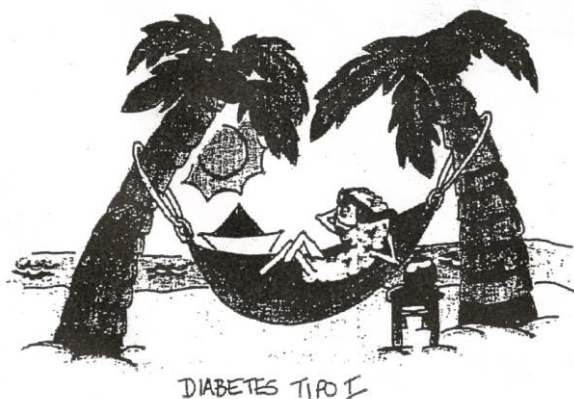


Figura 21: Folder que descreve os tipos de Diabetes

A Figura 22 representa o DM Tipo 2. A fisiopatologia deste tipo de Diabetes é que o pâncreas reduz a produção de insulina e/ou esta não exerce adequadamente seus efeitos. A guarita (pâncreas) está aberta, mas a insulina é produzida em pouca quantidade, as que são produzidas estão desorientadas ou dormindo. Conseqüentemente, alguma glicose consegue ultrapassar a muralha (célula) com uma certa dificuldade por causa de pouca insulina que funciona. A célula tem uma aparência de descontentamento, pois ela recebe pouca quantidade de glicose. A glicose, concentrada nos vasos sanguíneos (menos que o DM 1), também apresenta uma insatisfação por não conseguir entrar na célula adequadamente.



Figura 22: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

De uma outra forma, a Figura 23 representa o DM tipo 2. O pâncreas é um trabalhador da empresa Insulina S/A, que está batendo ponto e já chega muito cansado, exausto ao trabalho. Um gráfico ao lado do funcionário (pâncreas) mostra a queda de produção e rendimento da empresa.

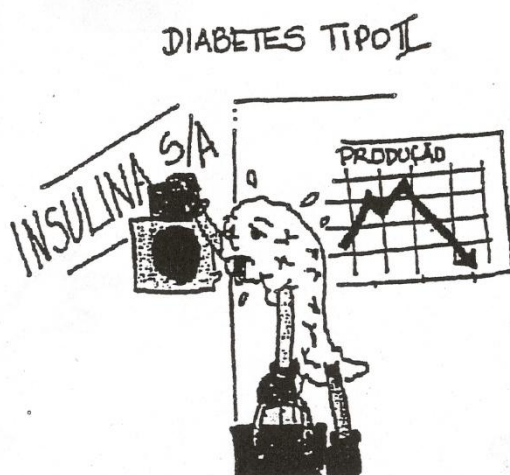


Figura 23: Folder que descreve os tipos de Diabetes

É interessante notar que nestas metáforas os componentes das imagens sempre estão identificados. Talvez isso seja necessário para que seja possível a compreensão do sentido proposto. Essas metáforas, provavelmente, são usadas para facilitar o entendimento de um determinado conceito pelos diabéticos. A imagem facilita muito o aprendizado e, quando se apresenta de forma lúdica, se torna ainda mais fácil.

Outro exemplo de metáfora se encontra na Figura 24. Nesta figura, a imagem propriamente dita corresponde a uma gangorra onde do lado direito está sentado um homem, do lado esquerdo existe um frasco de insulina e um frasco de remédios e no meio estão alguns alimentos. Estes elementos são concretos e, por isso, denotativos. A mensagem simbólica é apresentada de forma conotativa, pois a figura representa o equilíbrio do Diabetes mediante um controle do que se come, da quantidade de exercício físico e da quantidade e qualidade dos alimentos. Observe que a plataforma da gangorra está “reta”, como se, nesse momento, ele alcançasse o controle glicêmico.

Existem outros signos presentes nesta imagem. Os alimentos apresentados são frutas, sucos e cereais, apontando para a necessidade de uma alimentação saudável. O diabético está utilizando uma vestimenta para prática de atividade física, o que aponta outra necessidade de tratamento do Diabetes.



Figura 24: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes

Não existe somente metáfora, mas também metonímia nos materiais educativos. Assim como a metáfora, a metonímia destaca alguns aspectos e reprime outros, indicando, então, o que é importante para os propósitos no dado contexto (VAN LEEUWEN, 2005). Na Figura 25, o desenho do folder destaca os pés do indivíduo e reprime o resto do corpo, como se os pés fossem maior do que outras partes do corpo, como a perna destacando o elemento mais importante a ser cuidado, segundo o tema destes materiais. Esta mesma representação também ocorre em outro material educativo (Figura 26).

CUIDADO COM OS PÉS



NovoCare
DIABETES SERVICES



Figura 25: Folder que aborda cuidados com pés

O tipo de metonímia mais comum é a sinédoque, onde uma parte refere-se ao conjunto, por exemplo, quando nós dizemos “Eu preciso de um par de mãos”, em vez de “Eu preciso de uma pessoa”. Outra metonímia substitui o produtor para o produto – como quando se diz “Eu vi um Picasso” – troca-se o produtor pelo seu objeto – ou “Os ônibus estão em greve” – as pessoas que são estão em greve e não os ônibus, e assim por diante (VAN LEEUWEN, 2005).

O cuidado com os pés é um item importante no controle do diabetes. Seu médico ajudará você a desenvolver o melhor tratamento para cuidar de seus pés.

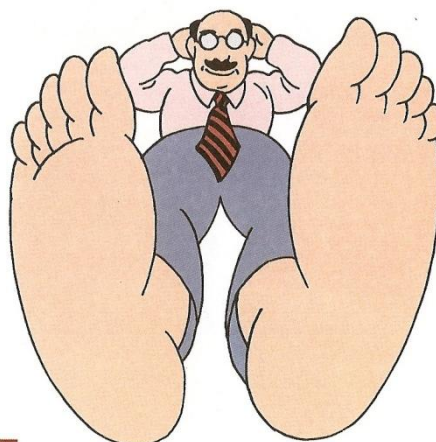


Figura 26: Livreto que aborda cuidados com os pés

Dentre os materiais educativos analisados dois utilizaram a sinédoque: as Figuras 27 e 5 (página 86), onde uma parte refere-se ao conjunto. Ao destacar os pés, o desenho representa o pé como se fosse o conjunto completo, e não apenas uma parte do corpo humano.

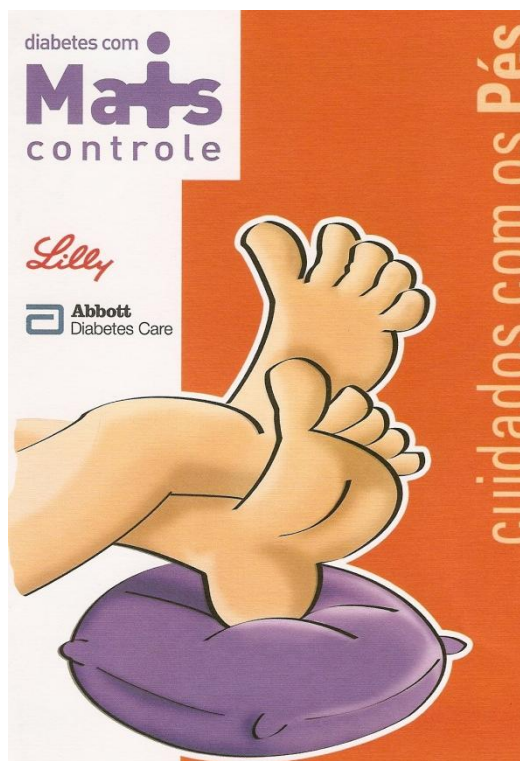


Figura 27: Folder que aborda cuidados com os pés

Encontramos outro recurso nos materiais educativos: a hipérbole. Esta consiste na expressão exagerada da realidade para destacar determinado aspecto. É um exagero intencional numa idéia expressa (ERNANI, 1997). Na Figura 28, o menino com muita sede bebe uma piscina de água; ao urinar muito, ele transborda o vaso sanitário; ao ter muita fome, ele come um prato de comida maior que ele; ao perder peso, o ponteiro da balança quase não se move.



Figura 28: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

4.2.2.5 Outros recursos semióticos

Diversos recursos semióticos são usados em diferentes contextos na relação texto/imagem. Van Leeuwen (2005) apresenta categorias que classificam estas relações, tais como: segregação, separação, integração, sobreposição, rima, contraste.

Imagens e textos podem ocupar diferentes territórios ou não. Na integração, texto e imagem ocupam o mesmo espaço – ou o texto está integrado no espaço da figura, por exemplo, sobreposto (integração ilustrativa), ou a figura no espaço textual (integração textual).

Na Figura 29, as palavras estão dentro do espaço da figura. Aqui, texto e imagem não ocupam territórios distintos. Todo espaço é o espaço da figura e o texto está posicionado dentro deste, isso se refere a uma integração ilustrativa. Já na Figura 30, a figura está integrada no espaço textual (integração textual).

Pode existir ainda uma ligeira sobreposição entre texto e imagem, como ocorre na Figura 4 (página 85). Uma parte do texto se sobrepõe no espaço da figura, formando um tipo de ligação entre os dois (VAN LEEUWEN, 2005).

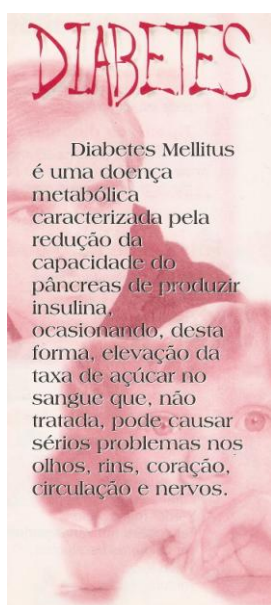


Figura 29



Figura 30

Duas faces de um folder que informa conceitos básicos de Diabetes

Outra forma de unir texto e imagem é a Rima. Esta é uma forma de conexão de elementos que, embora separados, possuem uma qualidade em comum – o que esta qualidade irá representar dependerá de características comuns e de sua significância no contexto (por

exemplo, a cor, uma característica da forma como angular ou arredondada, etc). Na Figura 7 (página 87), o cartaz possui três enquadramentos de textos, contendo diferentes temas, que são separados por linhas e diferentes cores de títulos. Entretanto, uma mulher em alto relevo no centro do cartaz se sobrepõe aos três enquadramentos, conectando estes espaços distintos.

O título deste cartaz possui destaque, com um fundo azul e letra branca, tendo uma coloração diferente do restante (fundo branco). Existe um pequeno espaço em branco entre o último enquadramento da fonte produtora do material, favorecendo um maior destaque à marca veiculada.

Van Leeuwen (2005) comenta que elementos ilustrativos podem ser retirados do seu mundo ilustrativo, re-contextualizados, por assim dizer, e entrar no espaço textual. Na Figura 31, a palavra “pés” e as letras “ABCD” representam uma imagem. Dessa forma, o texto pode representar um elemento ilustrativo.

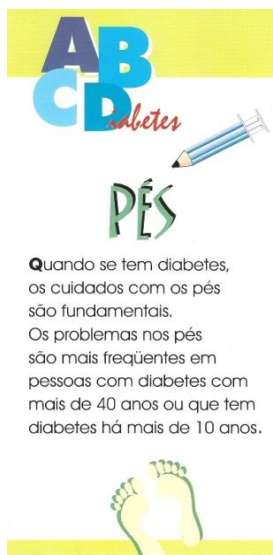


Figura 31: Folder que informa sobre os cuidados com os pés

A relação entre texto e imagem pode ocorrer por redundância, complementaridade ou revezamento. A relação mais freqüente nos materiais educativos é a redundância. É como se a imagem fosse apenas uma ilustração do que já está escrito, como vemos na Figura 32.

Algumas vezes, o texto pode dar sentido à imagem pela complementaridade. A Figura 33 apresenta uma mulher jovem e bonita, com uma marca de cicatriz nas costas, na altura dos rins. Somente ao ler a linguagem escrita conseguimos compreender a mensagem. O texto refere-se ao Diabetes destacando a frase “quem não se cuida só tem a perder”. Mais abaixo aparece a frase: “O diabetes pode custar o seu rim”, e então, compreendemos que a mulher é diabética e, por não se cuidar, perdeu seu rim.



Figura 32: Livreto que informa noções básicas sobre Diabetes

Nesta figura, o texto não faz parte do natural da cena, demonstrando que foi inserida após tirarem a fotografia. Já na Figura 24 (página 101), os rótulos dos remédios e do alimento fazem parte do natural da cena.

Observando também a Figura 33, notamos que existem signos que são descontínuos e não lineares: a mulher se apresenta na sua fase produtiva, onde poderia crescer e construir muitas coisas, mas teve seus sonhos atrapalhados pela sua escolha errada (não se cuidar); a face é de tristeza, um olhar de vergonha pelo que ocorreu com ela, pois ela mesma é a responsável; o braço esquerdo dobrado e apoiado no tórax demonstra fragilidade e carência; o rosto lateralizado conota arrependimento, porque não teve coragem de olhar de frente para o público.

Outro signo está no plano de fundo azul que se torna mais claro quando se aproxima do que mais precisa de destaque na foto: o local onde houve a perda. A palavra “rim” se posiciona em cima do corpo da mulher, no mesmo local onde estaria o órgão que ela perdeu. Esta palavra se encontra próxima à marca de cicatriz, buscando enfatizar a mensagem transmitida. A cor azul é tida como a cor que simboliza o Diabetes, talvez por isso foi escolhida. Na frase “quem não se cuida só tem a perder”, as palavras “não”, “se cuida” e “perder” recebem destaque, pois são como base para transmitir a mensagem.



Figura 33: Cartaz do Dia Mundial do Diabetes de 2003

Para que estes signos sejam lidos, é necessário conhecer os significados que emanam do contexto sócio-cultural. A mensagem principal deste material educativo é de estimular o cuidado do indivíduo diabético diante de sua condição crônica, para não vir a ter perdas futuras, talvez a própria vida.

Além de redundância e complementaridade, pode existir um revezamento entre texto e imagem. Na Figura 34, o texto complementa o sentido da imagem, e vice-versa. Podemos dizer que um complementa o outro, não se tratando de redundância, pois ambos possuem funções distintas e importantes.



Figura 34: Cartaz que informa conceitos básicos sobre Diabetes

4.3 ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE LEITURA POR MEIO DE GRUPOS DE DISCUSSÃO

Na tentativa de capturar as intercomunicações entre impressos e leitores, utilizamos grupos de discussão para estudar as práticas de leitura destes materiais. Esta análise utilizou a Semiótica Social como quadro teórico-metodológico, já que este referencial fornece instrumental para analisar as representações de imagens e textos, levando em consideração o contexto social de produção e leitura dessas representações. Utilizamos também os conceitos de leitura e de Semiótica discutidos no item anterior.

4.3.1 Os sujeitos da pesquisa

Os sujeitos da pesquisa foram os clientes diabéticos que freqüentam o Grupo dos Diabéticos do Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense, e do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Nestes programas, exercem-se práticas educativas formuladas em uma visão de educar em saúde que privilegia a participação efetiva, estimulando a reflexão e a crítica rumo ao cuidado de si. A educação em saúde neste contexto é entendida como um instrumento de mudança, como uma estratégia de capacitação dos indivíduos no sentido de gerenciarem suas questões de saúde (SABÓIA, 1997).

Os dois grupos desenvolvem um trabalho educativo-participativo, com um caráter assistencial marcante. Existem mais de 1700 pessoas cadastradas nos programas que são considerados centros de referência no tratamento do Diabetes. Ambos realizam consultas de enfermagem ambulatoriais e promovem encontros grupais semanais ou quinzenais há mais de 20 anos, desenvolvendo a prática educativa em saúde com os clientes diabéticos que freqüentam o ambulatório dos referidos hospitais.

Além das consultas de enfermagem, os programas desenvolvem grupos de convivência, onde a interação entre as enfermeiras, demais profissionais e os participantes contribui na conscientização dos cuidados necessários no tratamento. Conseqüentemente possibilita-se uma reflexão crítica da situação, trazendo uma sensação de valorização, com aumento da auto-estima que contribui para uma melhor aceitação da doença (SABÓIA, 1997).

De um modo geral, os pacientes que participam do grupo no HUAP/UFF têm de 50 a 87 anos de idade, média de 65 anos; maioria do sexo feminino; todas as raças; são casados ou viúvos (somente um é solteiro); alguns possuem ensino fundamental completo, poucos com

ensino médio completo, e a maioria com ensino fundamental incompleto; são moradores dos municípios de Niterói e São Gonçalo; pertencem à classe média e baixa; maioria diabéticos do Tipo 2, com média de 16 anos de diagnóstico, mínimo de 3 meses e máximo de 40 anos; fazem tratamento com insulina, medicamentos orais, alimentação balanceada e atividade física; a maioria faz monitorização somente quando se consulta no hospital ou visita o grupo; e participam em média há 15 anos do grupo de Diabéticos do HUAP/UFF, mínimo de 2 meses e máximo de 22 anos.

Os pacientes do grupo do HUCFF/UFRJ possuem entre 40 e 80 anos de idade, média de 55 anos; do sexo feminino e masculino; todas as raças; casados, solteiros ou viúvos; alguns são analfabetos, mas a maioria possui ensino fundamental incompleto; são moradores da área programática; pertencem à classe baixa; a maioria são diabéticos Tipo 2, com mais de 5 anos de diagnóstico; fazem tratamento com insulina, medicamentos orais, alimentação balanceada ou atividade física; apresentam complicações do Diabetes e co-morbidades, tais como hipertensão arterial, dislipidemia, doença coronariana; a maioria faz monitorização somente quando se consulta no hospital ou visita o grupo; e participam em média há 20 anos do grupo de Diabéticos do HUCFF/UFRJ, mínimo de 1 dia e máximo de 25 anos.

Foi importante caracterizar os participantes da pesquisa, principalmente quanto à formação escolar, pois foram elementos que influenciaram a leitura e a produção de significados.

Os critérios de seleção dos pacientes foram a participação nos grupos de convivência e a frequência nos atendimentos médico e de enfermagem para fins de tratamento.

4.3.2 Grupos de discussão como técnica de pesquisa

Grupos de discussão ou grupos focais são uma técnica que permite a obtenção de dados a partir de encontros grupais entre pessoas que compartilham traços comuns, buscando conhecer as opiniões, atitudes, crenças, valores e percepção dos entrevistados (MINAYO, 1999). Esta estratégia foi bastante utilizada nas áreas de Mercadologia na década de 50 e vem sendo cada vez mais utilizada no âmbito das abordagens qualitativas em pesquisa social, recebendo cada vez mais interesse na Educação em Saúde (DALL'AGNOL, TRENCH, 1999).

De acordo com Westphal, Bógus e Faria (1996, p. 473), grupo focal “é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais como um dos foros facilitadores da expressão de

características psicossociológicas e culturais. [...] Diz respeito a uma sessão grupal em que os sujeitos do estudo discutem vários aspectos de um tópico específico”.

Do ponto de vista operacional, Minayo (1999) comenta que grupos de discussão e grupo focal apresentam a mesma aplicação, como tentativa de focalizar e aprofundar a discussão entre os participantes. Adotaremos o termo de “grupos de discussão” como técnica neste estudo conforme a própria autora adota.

No âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos (MINAYO, 1999, p. 129).

A principal característica da pesquisa com grupos focais reside no fato de ela trabalhar com a reflexão expressa por meio da “fala” dos participantes, permitindo que eles apresentem, simultaneamente, seus conceitos, práticas cotidianas, expectativas, impressões e concepções sobre um determinado tema. Entretanto, esta “fala” não é meramente descritiva ou expositiva; é uma “fala em debate”, pois todos os pontos de vista expressos devem ser discutidos pelos participantes. Em decorrência, as informações produzidas ou aprofundadas são de cunho essencialmente qualitativo (NETO, MOREIRA, SUCENA, 2002).

A possibilidade de intensificar o acesso a informações acerca do fenômeno é uma das vantagens em se utilizar esta técnica. Na medida em que diferentes olhares e diferentes ângulos acerca de um fenômeno vão sendo expostos pelos sujeitos, se desperta nos mesmos a elaboração de certas percepções que ainda se mantinham na condição de latência. Por meio da interação que se estabelece no grupo, ocorre a passagem desta condição à de elaboração-expressão (DALL’AGNOL, TRENCH, 1999).

Para Westphal, Bógus e Faria (1996), como as percepções, atitudes, opiniões e representações são socialmente construídas, a expressão das mesmas é mais facilmente captada durante um processo de interação em que comentários de uns podem fazer emergir da opinião de outros.

Gatti (2005) acrescenta que além de ajudar na obtenção de diferentes perspectivas sobre a mesma questão, o grupo de discussão permite também compreender idéias partilhadas por pessoas no seu cotidiano e dos modos pelos quais são influenciados uns pelos outros.

As interações no grupo e as diversidades que emergem fazem com que as pessoas argumentem, expliquem suas idéias e formas de pensar. Ao existir a diferença de opiniões, desencadeia-se um vital processo grupal que traz elementos para novas reflexões sobre o problema. Esse processo não se delimita a consensos e articulações das experiências do grupo,

mas abrange as diferenças entre indivíduos, seus desentendimentos, desacordos, seus questionamentos mútuos, suas tentativas de persuadir para comprovar suas idéias. Essas diferenças entre os participantes merecem ter o seu espaço, pois permitem também observar como as pessoas teorizam seu ponto de vista e como colocam em prática suas próprias idéias (GATTI, 2005).

Por ser uma técnica de levantamento de dados por meio da dinâmica interacional de um grupo de pessoas, tornam-se necessários cuidados metodológicos e um facilitador que crie um clima aberto às discussões e tenha atitudes favoráveis à interação grupal, acrescidos de um observador que ajudará nos encaminhamentos dos grupos de discussão (NETO, MOREIRA, SUCENA, 2002). Neste estudo, utilizamos um facilitador e um observador na implementação dos grupos de discussão.

O papel do facilitador, chamado por outros autores como moderador ou coordenador, “é significativo e relevante para o bom funcionamento dos grupos e implica preparo e instrumentalização em todas as fases do processo”. O facilitador não é um juiz ou chefe do grupo, pois “é bilateral a atenção dirigida à comunicação verbal, não-verbal e extra-verbal, em se tratando dos sujeitos em interação (pesquisadores e pesquisados)” (DALL’AGNOL, TRENCH, 1999, p. 15-6).

O facilitador é aquele que conduz o grupo de discussão e propõe várias questões para os participantes de acordo com um roteiro (Apêndices B, C e D). Para Westphal, Bógus & Faria (1996), cabe ao moderador encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo, como também manter a discussão focalizada, fazendo resumos e retomando o assunto quando alguém se desvia dele. Também vincula continuamente os comentários feitos por diferentes membros do grupo a fim de que emerjam significados, fortalecendo o elo grupal, além de conceder espaço aos participantes para que possam se manifestar quanto à veracidade da síntese ou para algum esclarecimento quando necessário.

Um observador complementa a técnica de grupos de discussão, possuindo funções muito importantes para o sucesso do processo grupal. Apesar de suas ações não serem tão visíveis quanto a do facilitador, ele necessita de atenção constante e habilidade tanto de análise quanto de síntese. Cabe ao observador registrar o acontecer do grupo no todo e suas peculiaridades significantes. Em sintonia com o facilitador, o observador é encarregado de captar as informações não-verbais expressas pelos participantes, auxiliando na condução da sessão. Ao final, ajuda o moderador a analisar os possíveis vieses ocasionados por problemas na sua forma de coordenar a sessão (WESTPHAL, BÓGUS & FARIA, 1996).

O roteiro da discussão utilizado focalizou os temas de interesse da pesquisa, contendo perguntas provocativo-reflexivas e não-diretivas, com perguntas abertas permitindo aos participantes expressarem seus sentimentos e reflexões acerca do tema da pesquisa, reduzindo ao máximo a influência do moderador.

Como se trata de uma discussão grupal, e não uma entrevista em grupo, este roteiro foi flexível. Portanto, não existiu uma seqüência rígida de tópicos e perguntas surgiram espontaneamente a partir do andamento da própria discussão, ou foram introduzidas pelo moderador, encadeando um tópico a outro para aprofundar as questões discutidas (FIGUEIREDO, 2006).

Para não comprometer o próprio fundamento de um grupo de discussão, procuramos não implementar um controle excessivo da discussão, o que ocorre ao se seguir roteiros e seqüências rigidamente impostos e por interrupções inadequadas no encaminhamento da discussão. A tendência de excessiva estruturação e operacionalização do trabalho com grupos impede a possibilidade de surgir interações intragrupais, que são desenvolvidas com certo grau de liberdade (GATTI, 2005).

O grupo, embora focado, tem seus caminhos próprios e abre sendas inesperadas. Deve-se permitir a criação de uma rede interativa entre participantes para uma compreensão aprofundada do tema e suas possíveis teorizações. Portanto, a ação de focar a discussão foi vista como qualidade e não limitação, porque situações e discussões que emergiram serviram para ampliar os significados revelados pelos participantes (GATTI, 2005).

É necessário que o local do encontro favoreça uma interação entre os participantes. Por isso, trabalhamos com cadeiras, para que eles tenham conforto, formando um círculo, para favorecer uma proximidade, em uma sala reservada, para que tenham privacidade. Dispor os participantes em círculo foi importante também por promover bom contato ocular entre eles, pois quando estão face a face uns com os outros, a interlocução se torna direta (GATTI, 2005; DALL'AGNOL, TRENCH, 1999).

Na tentativa de abordar as questões em maior profundidade na discussão em grupo, o número de participantes de um grupo de discussão deve ser pequeno o suficiente para que todos tenham a oportunidade de expor suas idéias e grande o bastante para que os participantes possam vir a fornecer consistente diversidade de opiniões (NETO, MOREIRA, SUCENA, 2002). Por isso, utilizamos, preferencialmente, de quatro a oito pessoas, pois este estudo pretendeu maximizar a profundidade de expressão particular de cada participante, onde um grupo pequeno funciona melhor (DALL'AGNOL, TRENCH, 1999).

Para conhecer os sujeitos da pesquisa, antes de nos reunirmos com eles, passamos um questionário contendo dados de identificação (Apêndice A), tais como: local de residência, idade, sexo, estado civil, atividade profissional, escolaridade, tipo de tratamento, tipo de diabetes e tempo de diagnóstico.

Durante a discussão, foram fornecidos os impressos selecionados no início da pesquisa, para que os próprios sujeitos da pesquisa descrevessem sua análise sobre os materiais, com atenção especial a como eles lêem os impressos. Dessa forma, as discussões foram um instrumento que suscitou a produção de sentidos e as práticas de leitura.

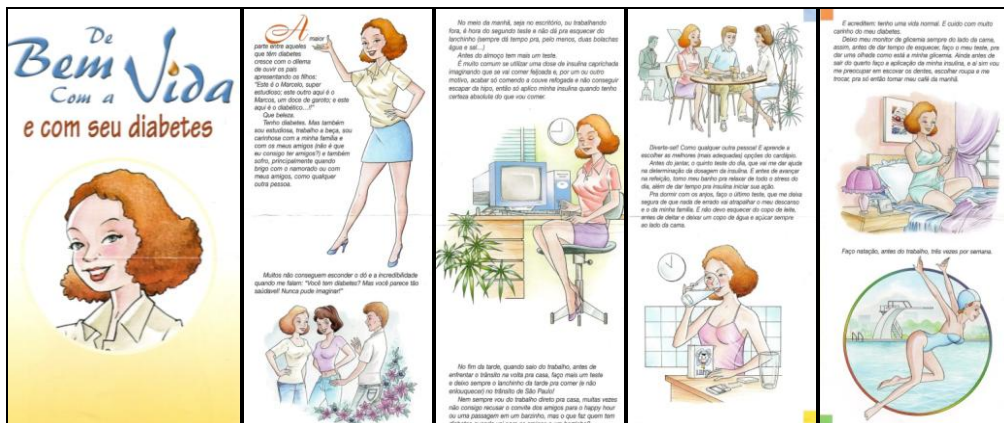
Os materiais utilizados nos grupos foram:



Material 1 – Cartaz com conceitos de Diabetes de forma científica



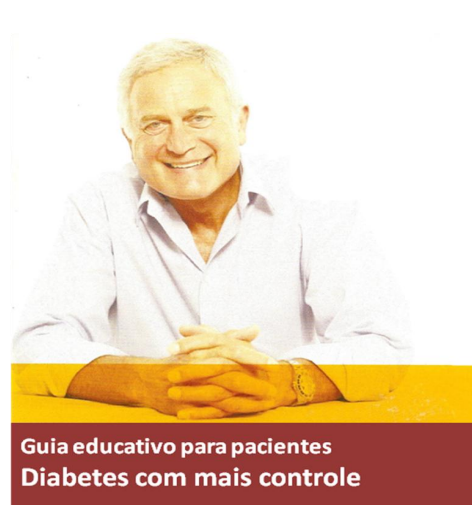
Material 2 – Cartaz com conceitos de Diabetes de forma recreativa



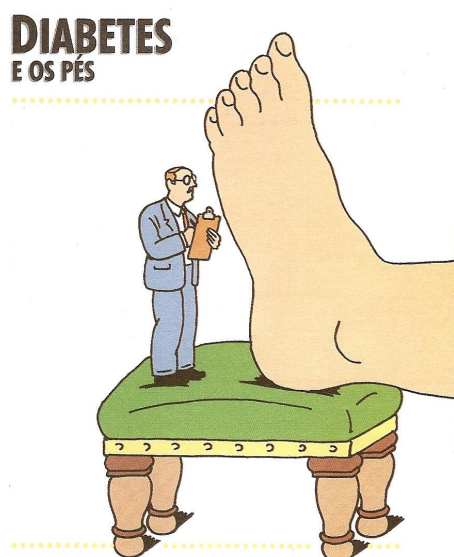
Material 3 – Folder para viver bem com Diabetes



Material 4 – Folder com imagens fantasiosas



Material 5 - Livroto contendo informações sobre o controle do Diabetes



Material 6 - Livroto que destaca a importância do cuidado com os pés



Material 7 - Livroto que informa noções básicas sobre Diabetes

Apesar de no item 4.2 (página 77), apontarmos a seleção de 23 materiais educativos para serem usados nos grupos de discussão, apenas 7 destes materiais foram efetivamente utilizados. Isso ocorreu porque estes 7 materiais possuíam diversos recursos semióticos que foram abordados anteriormente e também porque forneceriam rica discussão com os sujeitos.

Os grupos tiveram duração de 1h a 1h30min em cada sessão. Para Dall'Agnol e Trench (1999), é preciso considerar o período de aquecimento para se atingir bons níveis de interação que, por sua vez, vai se refletir no debate, bem como preservar um espaço para o encerramento da sessão, por isso não é possível realizar o grupo em pouco tempo. Entretanto,

quando se excede o tempo limite preconizado de 2hs, pode ocorrer fadiga entre os participantes ou desgaste e esvaziamento excessivos acerca do tema.

Como esta pesquisa envolveu seres humanos, ela foi submetida ao CEP do HUAP/UFF e do HCFF/UFRJ para que fossem assegurados e respeitados os direitos dos participantes. Esta etapa da pesquisa recebeu a aprovação dos CEPs (comprovações nos Anexos A e B).

Os grupos de discussão foram submetidos à gravação utilizando como recurso um gravador ou uma câmera. Logo depois, foram transcritas, evitando o risco de interpretações errôneas dos dados e preservando a fidelidade do conteúdo emitido pelos personagens da pesquisa. Foi comunicado aos participantes da pesquisa sobre a gravação e foi solicitada sua autorização por meio do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.3.3 Operacionalização do estudo

Foram empregados três grupos de discussão com diferentes integrantes, buscando ampliar o foco de análise e explorar o tema em sua profundidade. Dessa forma, em cada grupo foi possível discutir sobre opiniões, questões e experiências relacionadas à educação em saúde por impressos.

O primeiro grupo

O primeiro grupo foi um teste-piloto realizado com os pacientes do Grupo dos Diabéticos do HUAP/UFF. Este teste-piloto teve como objetivo analisar previamente se os instrumentos desta pesquisa estavam adequados.

No total, 15 pessoas participaram deste grupo de discussão. Inicialmente, houve a apresentação dos pesquisadores e, depois, foram passadas algumas informações sobre a pesquisa e a dinâmica que seria realizada. Logo após, entregamos o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice G) aos participantes da pesquisa, que foi assinado voluntariamente. Foi comunicado aos participantes que haveria gravação de áudio do grupo.

Inicialmente, lemos os textos de dois cartazes que continham noções básicas de Diabetes (Material 1 e 2) e depois fizemos perguntas que se relacionavam ao conteúdo do

cartaz que tínhamos acabado de ler. Após, analisamos suas imagens. Utilizamos o roteiro de pesquisa estipulado no Apêndice B.

Depois, dividimos os participantes em pequenos grupos para a análise mais detalhada de diferentes materiais (Materiais 1, 2, 3 e 4), respondendo ao questionário do Apêndice C. Foram quatro grupos no total, dois grupos com um número de três participantes e dois grupos contendo quatro participantes.

Cada grupo ficou com um moderador para focalizar a discussão. Após responder aos questionários, discutimos com o grupo maior as representações das imagens dos materiais que surgiram nos grupos pequenos.

Durante as discussões, fomos interrompidos diversas vezes por perguntas que não se relacionavam ao assunto da pesquisa. Neste momento, procurávamos respeitar os sujeitos e responder tais perguntas, para que eles não se sentissem intimidados.

Neste teste-piloto aconteceram alguns contratempos: 15 pessoas compareceram neste dia de reunião, o que estava acima da média de 8 pessoas dos últimos encontros; e alguns participantes tiveram dificuldade para a leitura, devido ao nível de escolaridade e à reduzida acuidade visual pela idade. O elevado número de participantes dificultou a participação de todos os sujeitos na discussão e, pela dificuldade de leitura, foi preciso auxílio nas dinâmicas, provocando uma intervenção dos pesquisadores maior do que o estipulado.

Este grupo foi importante para avaliarmos se os instrumentos da pesquisa estavam adequados às características do campo e dos sujeitos pesquisados, e também se estavam articulados com os objetivos a serem alcançados. Observamos que não foi uma boa escolha não disponibilizar um tempo inicial para que os sujeitos fizessem uma leitura previamente à discussão. Começamos pela análise em grupo do conteúdo, onde o contato inicial dos sujeitos com os materiais foi a leitura do texto pela pesquisadora. Constatamos que, durante a análise das imagens, os sujeitos participaram muito mais da discussão do que na análise do conteúdo textual, pois haviam lido anteriormente cada material em grupos menores, tendo mais contato prévio com o material. Decidimos que no grupo seguinte iniciariamos com a análise das imagens e atentaremos para o período de aquecimento dos sujeitos da pesquisa.

O segundo grupo

O segundo grupo de discussão foi realizado com os pacientes do HUCFF/UFRJ. No total, 4 pessoas participaram desse grupo.

O segundo e o terceiro grupo tiveram uma dinâmica diferente do primeiro.

Inicialmente, nos apresentamos e passamos algumas informações sobre a pesquisa e a dinâmica que seria realizada. Após, lemos o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice F) para o grupo, que o assinou voluntariamente. Foi comunicado aos participantes que haveria gravação de áudio do grupo.

Disponibilizamos um tempo prévio para os participantes lerem e conhecerem o material. Após, discutimos questões contidas no roteiro de pesquisa (Apêndice D), enquanto os participantes olhavam os materiais que tinham em mãos. Não foi seguida rigidamente a sequência do roteiro, permitindo ir e vir de acordo com a discussão do grupo. Neste instrumento, abordamos os conceitos semióticos encontrados nos materiais educativos quando realizamos a análise no item 4.2.2. Os materiais utilizados foram os de número 3, 5, 6 e 7.

O terceiro grupo

O terceiro grupo de discussão foi realizado com os pacientes do HUAP/UFF. No total, 6 pessoas participaram da discussão em grupo.

Seguimos os mesmos passos do segundo grupo, iniciando pela apresentação da pesquisadora, da pesquisa e da dinâmica. Àqueles que não haviam participado do primeiro grupo, foi entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice G), que foi assinado voluntariamente.

Inicialmente, disponibilizamos um tempo prévio para os participantes lerem e conhecerem o material. Após, utilizamos as questões do roteiro de pesquisa para discussão em grupo (Apêndice E), que também abordavam os conceitos semióticos da análise no item 4.2.2. Os materiais utilizados foram os de número 1, 2 e 4.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados na análise dos dados conforme respondiam às perguntas nos grupos de discussão. Por exemplo, no primeiro grupo existiram 15 participantes, mas somente 9 pessoas responderam as questões discutidas. Por isso, os leitores de 1 a 9 são aqueles pertencentes ao primeiro grupo. No segundo grupo, foram 4 participantes, correspondendo aos leitores de 10 a 13. No terceiro grupo, 6 sujeitos participaram da discussão, correspondendo aos leitores de 14 a 19.

5 A LEITURA SEMIÓTICA EM QUESTÃO: ANÁLISE DOS DADOS

Buscando conhecer a leitura que pacientes diabéticos fazem de imagens e textos dos impressos educativos, realizamos três grupos de discussão. Como discutimos anteriormente, a leitura não é apenas a decodificação de uma forma escrita, mas também a compreensão do que se lê. Além disso, compartilhamos da idéia segunda a qual o processo de leitura promove interações com as representações que temos do mundo, que se apresentam por meio de imagens, cores, formatos, ou ainda por meio de gestos, sabores, cheiros e tatos (DESCARDECI, 2002).

Objetivando realizar a análise do material a partir dos referenciais apontados no capítulo 2, optamos por estruturar este capítulo nas seguintes categorias: as condições de produção da leitura; os significados potenciais previstos e os efetivamente produzidos; o percurso da leitura; as manifestações prováveis de apropriação e resistência dos leitores; os modos de interação na leitura; e o papel dos materiais educativos. Em seguida, procedemos à descrição dos aspectos que foram destacados por conterem características relevantes à discussão.

Uma das consequências desta estruturação foi a eventual repetição de alguns trechos em diferentes seções.

Durante as transcrições das falas, utilizamos algumas convenções: colchetes com três pontos ([...]) que significa um trecho omitido por não ser relevante naquela transcrição; e colchetes com palavras em seu interior ([palavras]) que se referem às observações acrescentadas pelos pesquisadores para facilitar o entendimento, visto que as falas dos sujeitos são retiradas de uma discussão em grupo.

5.1 AS CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DA LEITURA

Para Orlandi (2001a), a leitura é o momento crítico de constituição do texto, onde ocorre o processo de interação verbal no qual os interlocutores se identificam como tal e iniciam o processo de significação. Leitura e sentido, ou melhor, sujeitos e sentidos se constituem simultaneamente no mesmo processo. Neste contexto, as condições de produção da leitura consistem na relação do texto com outros textos, com a situação particular de leitura e com os interlocutores. Trata-se, portanto, de uma relação com a exterioridade, com a situação (contexto do discurso e contexto sócio-histórico), que mostra a incompletude do

texto. Por isso, a leitura representa um processo (ORLANDI, 1983). Neste item, descrevemos as condições de aparecimento, crescimento e variação dos discursos, o momento da emergência, apropriação e modificações no processo de leitura.

Para entender as condições de leitura dos pacientes, torna-se importante analisar o espaço social onde se instaurou o processo de leitura aqui analisado. Trata-se de grupos de convivência de pacientes diabéticos onde as dificuldades pessoais e coletivas que impedem os usuários de viverem de forma saudável são apresentadas e analisadas, de acordo com seus valores, crenças e experiências (SABÓIA, 2003). A dificuldade de um sujeito pode ser o problema do outro, e a forma de superação de um pode ajudar a outro. Portanto, a troca de experiências nos grupos é uma forma de superar os obstáculos com o apoio coletivo. Nessa interação grupal, os problemas de saúde podem ser compreendidos além de suas manifestações individuais e imediatas, e todos podem buscar soluções dentro de um universo mais amplo. Representa uma forma de trabalhar com os pacientes de maneira mais participativa e interativa.

Os grupos dos hospitais que foram campo desta pesquisa implementam um trabalho que desenvolve a criticidade do indivíduo a fim de aumentar sua capacidade de conduzir sua própria saúde, alcançar maior nível de independência e fortalecer o convívio com sua família e a sociedade em geral. De forma particular, o objetivo da assistência ao diabético nestes grupos é torná-lo co-responsável pelo seu cuidado, por meio de um processo educativo contínuo que inclua diferentes áreas do conhecimento.

Uma característica destes grupos a ser ressaltada é que, apesar da rotatividade, alguns sujeitos desta pesquisa frequentam o grupo há décadas e, por isso, convivem há muitos anos uns com os outros. Criaram-se laços afetivos entre profissionais e clientela e entre os próprios pacientes. Portanto, a relação entre os interlocutores, seus interdiscursos, representam um dos componentes do contexto.

Dessa forma, o campo desta pesquisa consiste num espaço de interação própria do grupo de educação em Diabetes, como um espaço social de convívio coletivo das dificuldades enfrentadas diante da doença. Consequentemente, partimos do pressuposto que os sentidos criados diante das imagens foram socialmente negociados entre os participantes do grupo. Além disso, essa negociação está pautada pela história de participação de cada um dos pacientes no grupo, o que inclui desde o saber previamente adquirido por meio do grupo até as relações interpessoais estabelecidas ao longo do tempo, com suas afinidades e diferenças de posicionamento.

Outro elemento constituinte do sentido produzido refere-se aos aspectos sociais. As condições de acesso ao tratamento e às informações sobre a doença, além das condições econômicas, sociais e culturais compõe a produção de significados como um todo.

Uma das condições de leitura que foi identificada no grupo refere-se à intertextualidade. Assim, podemos afirmar que o(s) sentido(s) produzido(s) na leitura dos materiais pelos sujeitos foi influenciado(s) e/ou determinado(s) por leituras realizadas anteriormente por eles.

Entretanto, o texto/imagem não resulta da soma de frases/figuras, nem da soma de interlocutores: o(s) sentido(s) de um texto resulta(m) de uma situação discursiva realizada num espaço social (ORLANDI, 1983). Dessa forma, os intertextos e interdiscursos podem ter sido derivados dos atendimentos clínicos que os pacientes realizaram; dos materiais educativos ou outras fontes lidas anteriormente; de conversas informais entre profissionais e/ou clientela; de informações veiculadas pela mídia ou família que constituem, assim, um imaginário social que se relaciona à leitura. Tudo o que o sujeito leu ou aprendeu vai se entremear no processo de atribuição de sentido ao texto.

No primeiro grupo de discussão, observou-se que as respostas partiram de um conhecimento prévio, e não da leitura dos cartazes, que tiveram pouca ou nenhuma influência nas respostas. Somente uma resposta estava de acordo com o material, pois a participante respondeu exatamente o que o cartaz descrevia. É interessante constatar que esta participante possui apenas 3 meses de diagnóstico e há 2 meses frequenta o grupo, o que nos leva a acreditar que a leitura do cartaz teve uma influência maior naqueles que não possuíam um conhecimento prévio substancial.

Como a leitura passa por outras leituras, podemos considerar que, quando não acrescenta nada de novo, a leitura torna-se sem importância:

*Eu achei bom o material, mas não me acrescentou em nada. (Leitor 10)
[Com diabetes há 8 anos]*

Esse fato nos leva a deduzir que o sujeito com um conhecimento prévio não está plenamente disponível para receber e assimilar qualquer informação. Podemos ainda acreditar que a intertextualidade e a interdiscursividade podem despertar a criticidade do indivíduo, ou seja, sua capacidade de perceber que, de fato, são sujeitos transformadores e ativos na sua vida, já que não irão aceitar qualquer leitura como um sentido unívoco.

Outra condição de produção da leitura refere-se à situação em que ela ocorre, que envolve o contexto histórico-social e ideológico, como já dissemos. No momento em que se

realiza o processo de leitura, se configura o espaço da discursividade em que se instaura um modo de significação específico. Os indivíduos podem ter diferentes idéias e observações sobre uma mesma mensagem, o que dependerá das necessidades e dos interesses especificamente ativados por um espaço discursivo, pois a percepção do indivíduo é seletiva (ORLANDI, 2001b).

Percebemos nos grupos diferentes reações enquanto as opiniões dos participantes eram expostas. Na maioria das vezes, os participantes apontavam o mesmo sentido das leituras. Por exemplo, o *folder* da jovem diabética (Material 3) agradou aos leitores com imagens atrativas e texto de fácil entendimento. Quando a idéia dominante era a mesma para o grupo, não existia conflito nas relações de força.

Quando um sujeito produz um sentido conflitante para os outros sujeitos do grupo, instaura-se uma relação de força inerente ao processo. Existem regras de projeção que estabelecem a relação entre as situações concretas e as representações (posições) dessas situações no interior do discurso (ANDRADE, 2003).

No primeiro grupo, ao analisar o Material 4, um participante comentou que o “bonequinho” no material está feliz como se viver com Diabetes fosse uma felicidade. Mas não opinião dele:

Eu não sou alegre com Diabetes, a verdade é essa [...]. Acho que tem uma transparência que não é verdade, eu não sou alegre. (Leitor 3)

Muitos participantes que discordavam dele começaram a argumentar dizendo que ter Diabetes não é impedimento para a felicidade.

Qual o problema de ter Diabetes? É só você se cuidar e continuar com sua diversão. (Leitor 4)

Não é preciso ser triste por ter Diabetes. Ter uma alimentação saudável, beber água, praticar exercícios físicos é importante para todos, mas principalmente para os diabéticos. (Leitor 16)

Para a maioria dos sujeitos da pesquisa, era possível ser feliz, mesmo tendo Diabetes, e realizar as atividades cotidianas normalmente. Mas ele insistiu:

*Que normalidade é essa? Você vive regrado de remédio, não pode sair fora uma coisinha, é ter uma vida normal? [...] Tenho que ficar tomando remédio o dia todo *.*Se estou viajando, uma porção de coisa bonita, e tenho que ficar tomando remédio? (Leitor 3)*

Um participante retrucou:

Você toma o remédio e continua se distraindo. (Leitor 2)

E ele respondeu:

Aí se eu esquecer do remédio, aí vou passar mal. (Leitor 3)

Nesta situação pudemos identificar o funcionamento do sistema logonômico neste espaço discursivo específico. Toda mensagem é regulada por uma mensagem de segundo nível. Este segundo nível é o campo de atuação dos sistemas logonômicos. No caso da ironia, por exemplo, é a atuação do sistema logonômico que nos permite entender uma ironia como tal, sem que o emissor precise dizer que está sendo irônico, somente utilizando os indicadores. O aparelho de glicose sorrindo, usando boné, com braços e pernas são imagens que comportam um segundo nível da mensagem, que pode ser considerado como forma de conotação da mensagem. Mas, ao mesmo tempo, só é possível compreender o “nível conotativo” por meio de regras logonômicas que controlam como o interlocutor deve pensar sobre o que ele lê. Essas regras são estabelecidas e compreendidas socialmente. Assim, em impressos educativos para diabéticos, pressupõe-se que o sentido da mensagem seria representar a possibilidade de se viver bem com Diabetes ou conferir um caráter lúdico a um objeto técnico, frio. Esses são significados potenciais que podem ser considerados presentes no nível conotativo da representação, mas que podem tornar-se preferenciais de acordo com as regras logonômicas que se estabelecem no grupo.

No caso relatado acima, a possibilidade de ler de outra forma a representação surgiu porque a leitura preferencial estabelecida pelo sistema logonômico foi contestada. Como a representação desta imagem não agradou a um indivíduo, ele criticou o desenho e se posicionou de forma contrária ao seu sentido. Ou seja, ele desafiou as regras logonômicas, não aceitando o controle do sentido implícito no impresso, abrindo espaço para contestação e discussão no grupo. Seu posicionamento pode ser compreendido como um ato de resistência. Em consequência de seu posicionamento, ele foi criticado e contra-argumentado pela maioria dos outros participantes, pois a regra é que todos ali presentes tem que acolher a positividade da mensagem com regra para sua leitura e lidar bem com a doença porque participam do grupo. Portanto, além de sistemas logonômicos, identificamos um complexo ideológico, ou seja, um conjunto de valores compartilhados e não contestados pela maioria do grupo e uma relação de força entre dominante e dominado nas discussões do grupo.

Foucault (2008, p. 8-9) afirma que:

... em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certos números de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade.

Nestas relações de força estabelecidas no grupo, identificamos procedimentos em que, segundo Foucault, transparece o poder. Sabemos que não temos o direito de falar à vontade, que não podemos dizer tudo em qualquer situação, que, enfim, não podemos falar de qualquer coisa, pois existem tabus e rituais da circunstância. O paciente que criticou o material dizendo que não era feliz tendo Diabetes ocupou um lugar privilegiado como sujeito que fala. Entretanto, os outros sujeitos exerceram o poder e o impuseram ao rejeitar seu posicionamento e interditar seus pensamentos.

Nessa relação de força, acredita-se que o lugar a partir do qual o sujeito fala é constitutivo de que ele diz. Se o sujeito fala do lugar de profissional de saúde, suas palavras significam de modo diferente do que se falasse do lugar do paciente. Como nossa sociedade é constituída por relações hierarquizadas, são relações de força estabelecidas por regras sociais e também logonômicas, sustentadas no poder desses diferentes lugares, que se fazem valer na “comunicação”. A fala do profissional vale (significa) mais do que a do paciente.

Geralmente, as regras logonômicas são colocadas em práticas e policiadas por pessoas que possuem um cargo (poder) de orientação (dominação), como os profissionais de saúde, por exemplo. No entanto, nesta interação grupal, observamos que as regras logonômicas foram estabelecidas e contestadas pelos próprios pacientes, que são, normalmente, os “dominados”. Os pacientes tanto reproduziram essas regras pela sua naturalização, quanto as contestaram e questionaram.

O discurso não é somente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas é aquilo por que e pelo qual se luta. Por mais que o discurso seja aparentemente “tranquilo” e “sem função”, as interdições que o atingem revelam, logo, sua ligação com o desejo e com o poder (FOUCAULT, 2008).

Apesar dessa interdição e rejeição instaurada, o sujeito que contestou a idéia dominante rompeu com a ordem do discurso institucionalizada. O discurso dominante era redundante e reproduzia o sistema. De acordo com Foucault, indo além do discurso, aquele paciente introduziu no discurso “novidades” capazes de romper com os muros do sistema.

Mas o temor surdo existente diante de novos acontecimentos limitou a proliferação de novos enunciados, alijando sua parte ameaçadora e organizando a “desordem” instalada (FOUCAULT, 2008). Os sujeitos do grupo foram elementos da articulação do poder, foram veículos que concretizaram as relações de poder. Nesse sentido, percebemos que o poder não

existiu somente nos produtores dos materiais ou nos profissionais de saúde, ele foi exercido nas suas instâncias mais periféricas e localizadas, ou seja, no grupo de convivência.

Entretanto, não podemos acreditar que o poder seja algo negativo. O poder não foi exercido somente pela maioria dos indivíduos ao questionarem o Leitor 3, mas este leitor também exerceu seu poder ao “agir e falar”. O poder é circular e transitável, por isso, ele foi empregado e exercido por diferentes sujeitos em diferentes momentos. Consiste na idéia de que o poder se exerce em uma espécie de rede na qual os indivíduos estão, a cada momento, seja em posição de exercer o poder, seja em posição de serem submetidos a ele.

Trata-se de uma relação de forças, invisível, que não somente cerceia, desmantela, vigia ou proíbe, mas um poder que suscita, incita e produz mais poderes. A base do poder não são as ideologias, mas instrumentos de formação e acúmulo de saber. Ao exercer-se, o poder forma, organiza e coloca em circulação um dispositivo de saber. Dessa forma, o Leitor 3 exerceu poder ao produzir novos conhecimentos e os outros sujeitos ao impor suas idéias.

Dessa forma, o sistema logonômico representa um conjunto de regras, pois parte de um complexo ideológico da sociedade, mas também pode ser utilizado para contestar suas estruturas de poder social na sua prática. Quando as estruturas de dominação não são desafiadas, o sistema logonômico serve a quem domina assegurando que os atos de semiose sempre confirmarão a dominação. Quando as estruturas de dominação são desafiadas, os sistemas logonômicos passam a ser uma provável área de contestação (HODGE, KRESS, 1988).

É importante esclarecer que consideramos a inexistência de uma norma determinando que todo diabético tem que ser feliz com sua doença, mesmo se frequenta grupos de convivência ou não. Cada um tem seu tempo, algumas vezes o indivíduo poderá não aceitar sua doença e negligenciar o tratamento, outras vezes poderá estar de bem com seu diabetes e implementar o tratamento da melhor forma possível, pois existe uma polaridade e ambigüidade diante da doença, que representam um posicionamento variável e oscilante diante de sua condição crônica. A polaridade refere-se a “uma visão positiva e uma visão negativa” diante do diabetes (SANTANA, 2000, p. 72). Isso ocorre porque conviver com uma doença crônica é um desafio a ser enfrentado a cada dia, que requer “contínuos ajustes e reajustes, avaliações e reavaliações devido a dinamicidade de sua apresentação e evolução” (SILVA, 2001, p. 42).

Neste sentido, “a doença pode agir como catalisador para algumas pessoas, pois proporciona meios para se cuidar melhor, enquanto que, para outros, pode ser uma fonte de desespero” (SILVA, 2001, p. 41). Surgem sentimentos como tristeza, depressão, invasão,

revolta, negação, conformismo e naturalidade na aceitação, que emergem da condição crônica e da gravidade apresentada pela doença. É um fator limitador, que impede a prática de algumas atividades cotidianas.

5.2 OS SIGNIFICADOS PRODUZIDOS (OU NÃO...)

O que pretendemos neste item é compreender os significados que os sujeitos portadores de Diabetes construíram por meio da leitura. Partimos do pressuposto que os significados são produzidos por meio da leitura de textos e imagens pelos sujeitos na medida em que se constituem como sujeitos sociais. É importante ressaltar, mais uma vez, que os significados produzidos não são unívocos e nem devem ser tomados como tais.

Considerado individualmente ou coletivamente, o leitor é uma instância responsável por atribuir sentido àquilo que lê (ORLANDI, 1998). Na verdade, os significados da leitura são constituídos por meio de uma história social diversificada de aquisição e de inserção no universo das várias instâncias da qual o indivíduo participa.

Os materiais utilizados para discussão nos grupos foram analisados anteriormente tendo como base a Semiótica Social (item 4.2.2), no qual descrevemos os recursos semióticos que fazem parte dessa comunicação. Nesta categoria, iremos explorar se os significados produzidos pelos pacientes vão de encontro àqueles produzidos na pesquisa ou não. Nas páginas 113-114, estão enumerados os materiais educativos utilizados nos grupos aos quais vamos nos referir.

Ao submetermos o Material 3 ao grupo, os participantes disseram que o *folder* abordava normas que devem ser obedecidas para controlar o Diabetes e para melhor viver com ele. As imagens transmitem a rotina de uma jovem com Diabetes.

Ela está fazendo bom uso da medicação, e da dieta também, e tudo mais que há envolve o bom controle. É como se estivesse despertando para o Diabetes. (Leitor 11)

Ela está de bem com a vida, está tranquila. (Leitor 12)

Buscando pesquisar o nível interativo das imagens com os leitores, constatamos que o contato, ponto de vista e distância não foram bem identificados pelos sujeitos da pesquisa. Este assunto foi abordado no item 4.2.2 (página 80).

Neste item, descrevemos a distância que os personagens das imagens dos materiais exerciam diante dos leitores e usamos alguns exemplos. Durante a discussão em grupo, indagamos se os sujeitos se sentiam próximos ou distantes das imagens usadas nos exemplos.

Na capa do Material 3, por exemplo, existe um *close* da personagem onde vemos somente sua cabeça e pescoço. Isso denota uma proximidade com o leitor, como se estivessem íntimos da personagem. Ao questionarmos o grau de distância ou de proximidade dos sujeitos com essa imagem, eles responderam que se sentiam próximos dela porque:

Essa imagem passa a idéia de felicidade, de tranquilidade. (Leitor 10)

Eu me sinto próximo a ela por causa dessa tranquilidade. (Leitor 12)

A proximidade foi apontada por eles devido à boa aparência que ela apresentava e não por causa de seu rosto estar focalizado num *close*. Comparamos essa imagem com a da 2ª página do mesmo *folder*, questionando de qual imagem eles se sentiam mais próximos. Todos disseram que a proximidade era maior com a imagem da capa.

No item 4.2.2, discutimos que a imagem da capa do *folder* aponta uma intimidade por apresentar a cabeça ou a face do participante e a imagem da 2ª página apresenta uma distância maior, pois vemos todo o corpo do participante. Percebe-se que o grau de distância foi identificado pelos participantes, entretanto, não foi por causa dos termos definidos pela semiótica:

Ela [segunda imagem] está me dando mais informações do que a primeira. (Leitor 10)

Podemos deduzir que esses conceitos podem não estar claros para os leitores, mas determinam implicitamente a distância que o leitor assumirá diante da imagem. Esse fato foi identificado também ao utilizarmos outras imagens. Na imagem superior da 5ª página do *folder*, vemos o tronco de pelo menos quatro ou cinco participantes, o que denota uma distância ainda maior do público. Um sujeito da pesquisa apontou essa característica:

Eu me sinto distante, não me sinto próximo deles. Eles estão próximos uns dos outros, mas não da gente. (Leitor 10)

Com relação à imagem inferior da 5ª página, os sujeitos se sentiram próximos à personagem. Nesta imagem, vemos a participante da cintura para cima. Talvez essa proximidade ocorresse pelo aspecto saudável que a personagem transmite e não pelo corte realizado na figura. O mesmo aconteceu com a imagem do Material 5. A aparência do personagem influenciou na proximidade:

Ele está transmitindo felicidade, que ele está de bem com a vida. (Leitor 12)

Transmite alegria, está sorrindo. (Leitor 11)

Quando questionamos sobre o contato e o ponto de vista dos personagens dos materiais educativos, identificamos que os pacientes tiveram certa dificuldade em entender esses conceitos durante a leitura. Talvez fosse o mesmo que ocorreu com a distância, onde os conceitos não estavam explícitos e os sentidos foram guiados pelas características dos personagens. Por exemplo, na figura 8 (página 89), os participantes identificaram que a imagem tratava de um ideal a ser seguido:

Estão fazendo exercício. É o que nós deveríamos estar fazendo também. (Leitor 13)

Esta imagem foi classificada pela análise semiótica como “oferta/ideal”, ou seja, oferecem a informação de um ideal a ser seguido, exatamente como os sujeitos da pesquisa identificaram. Entretanto, o mesmo não aconteceu com a imagem do Material 5. Na página 89, descrevemos que o personagem representa um “pedido/igualdade”, pois o personagem olha diretamente para o leitor estabelecendo uma conexão com ele, e sorri, o que atrai o leitor para uma relação de afinidade e, por isso, o personagem “pede algo”.

No entanto, para os sujeitos da pesquisa o personagem apenas transmite felicidade, comentam ainda que “ele parece um médico” (Leitor 10). Portanto, no entendimento dos participantes, o personagem oferece informações e não pede algo como é descrito na análise semiótica.

Ainda neste item, descrevemos na página 90 que a participante do meio na imagem superior da 2ª página do *folder* modifica ainda mais o que é exigido por sua postura e gestos. Entretanto, a leitura dos participantes foi diferente da encontrada pela pesquisadora. Para a pesquisadora, e de acordo com os conceitos da Semiótica Social, a mão direita dessa personagem estendida destaca o texto, e a esquerda demonstra de certa forma a indiferença por ela ser diabética e ter uma vida normal.

Já para os sujeitos da pesquisa, a personagem transmitia outro significado:

Ela passa a idéia de educador. (Leitor 10)

Ela está parecendo ter mais dinâmica, como que se fosse a dinâmica necessária para viver com Diabetes. (Leitor 11)

Isso aponta a diversidade de significados possíveis. Como a Semiótica Social descreve, ainda que existam diversos significados potenciais e preferenciais, a construção e/ou reprodução de significados por meio das mensagens envolvem a subjetividade e a individualidade de cada sujeito, sua visão de mundo, de forma que suas referências culturais interferem no modo como ele vê e compreende os conteúdos dos materiais educativos.

Existiram significados divergentes também com outras imagens dos materiais educativos. Com relação à imagem inferior da 2ª página do *folder*, perguntamos sobre o significado da mulher no meio dessa imagem. Os sujeitos comentaram que, pelo olhar e gestos, ela convida os leitores para a conversa. Entretanto, na análise semiótica desta imagem (página 83, 3º parágrafo), comentamos que o significado potencial para esta personagem seria como uma pergunta ao leitor: “E você acreditaria que ela tem Diabetes?”, devido à sua feição de surpresa e pose atrativa.

Ao questionarmos o que os personagens fazem nesta imagem, todos os participantes do grupo confirmaram que se tratava de uma conversa entre amigos:

Acontece uma conversa informal entre 3 pessoas que aborda o fato de que, segundo o texto, o diabetes não se deixa transparecer visivelmente. (Leitor 10)

É interessante constatar que os participantes ressaltaram que o texto ajuda a entender o sentido da imagem. Nesse caso, o texto confere significado à imagem pela complementaridade, e vice-versa. A imagem sozinha não conseguiria produzir o significado pretendido sem as informações contidas no texto, porque sem o texto:

Parece apenas uma conversa entre 3 amigos. (Leitor 14)

Perguntamos, então, qual dos três personagens possuía Diabetes. Eles responderam:

Eu acho que é a do canto esquerdo porque ela sempre tem essa postura com a mão na cintura, como se o Diabetes não lhe atrapalha em nada. (Leitor 12)

Os participantes do grupo comentaram que, quando o Diabetes está bem controlado, ele não transparece no indivíduo.

Você olhando não fala que a pessoa tem diabetes. (Leitor 12)

Apesar disso, ela é uma fonte de preocupação para o indivíduo portador de Diabetes e para seus amigos:

A doença causa preocupação, inclusive muitas pessoas ficam abismadas quando sabem que são portadoras da doença, porque você visivelmente parece uma pessoa sã. Infelizmente é por causa da doença. A doença assusta. E aqui eles dizem isso, que causa preocupação na pessoa que tem ou naquele que sabe que o amigo tem. (Leitor 11)

Ela é calada [o diabetes]. (Leitor 13)

O diabetes é silencioso. (Leitor 16)

Ela destrói a gente lentamente, é isso que eu tenho mais medo. (Leitor 19)

As imagens contidas nas páginas 3 e 4 do *folder* da jovem diabética foram identificadas pelos sujeitos como o caminho que todo diabético deve seguir para controlar sua glicose e viver bem com o Diabetes.

É a rotina do diabético aplicando insulina, fazendo o teste, fazendo natação. (Leitor 10)

São os cuidados necessários que devemos seguir. (Leitor 12)

A mensagem identificada por eles nestas imagens consiste na idéia de que a vida é normal com diabetes. Essa noção também foi extraída da imagem superior da 5ª página do *folder*:

Ela está num happy end (sic), alguma coisa assim [risos], se divertindo, está feliz. (Leitor 13)

A doença, uma vez que ela faz o controle, em nada prejudica. (Leitor 10)

Então, a idéia [do material] é para ser de bem com a vida, ou seja, independente de ter diabetes é uma vida normal. (Leitor 11)

Analisando a imagem do Material 6, os sujeitos da pesquisa apontaram que ela simboliza o importante cuidado que todo diabético deve ter com os pés. Quando questionamos quem era o homem à esquerda, eles responderam:

É um médico. (Leitor 11)

Segundo eles, essa identificação ocorreu por causa da postura e vestimenta, prancheta e caneta que definem a identidade simbólica do personagem. Para os sujeitos, o que chama a atenção nesta imagem é o pé em cima da poltrona maior que o próprio médico. Para eles, isso ocorre:

Por causa da importância do cuidado dos pés. (Leitor 12)

Tem que se preocupar com os pés: lavar os pés bem limpos, enxugar entre os dedos. (Leitor 13)

Eu fazia minha unha, nunca mais eu fiz. (Leitor 10)

Ao discutirmos as imagens do Material 2, os participantes tiveram certa dificuldade em entender os desenhos que representavam o funcionamento do organismo de forma metafórica.

Eu acho que quem desenhou tinha que ter mais objetividade, para que as pessoas entendessem melhor. Eu acho difícil entender o que é, porque ali está escrito pâncreas, e a gente sabe que a função do pâncreas é gerar insulina, no outro desenho assim ele está fechado, querendo entrar, mas insulina não é para entrar no pâncreas, é para sair do pâncreas, que vai para a célula, todo mundo sabe disso. (Leitor 3)

Para os participantes, o desenho do pâncreas representava uma boca; uma fábrica; um quartel; um depósito subcutâneo; ou uma casa que guarda a insulina. Apesar de ser o mesmo desenho, ele adquiriu significações diferenciadas para os leitores. As pessoas fazem diferentes escolhas a partir do mesmo potencial semiótico e extraem diferentes significados com estas escolhas, conseqüentemente, uma multiplicidade de sentidos possíveis surge da interação leitor e texto/imagem (HODGE, KRESS, 1988; ORLANDI, 1983).

Os sujeitos comentaram que o desenho da célula não parecia ser uma célula, era uma “coisa verde”, uma coroa; um bolo; que:

(...) fica com a boca aberta para agarrar e comer tudo que tem de bom, tudo que tem de gostoso. (Leitor 14)

A insulina era sentinelas, guardinhas; seguranças da coroa; guardinhas de trânsito que permitem ou não a passagem. Questionamos, então, se no organismo do portador de Diabetes está em falta esses “guardinhas”, e eles responderam:

Pode ser. (Leitor 14)

Nosso pâncreas ficou preguiçoso e deixou de produzir os guardinhas de trânsito. (Leitor 15)

No Tipo 1, o pâncreas é uma casa fechada e preguiçosa, pois deixou de produzir insulina. No tipo 2, o pâncreas ainda está funcionando produzindo um pouquinho de insulina. Comparando os três desenhos do pâncreas do cartaz, os leitores disseram:

Naquele [desenho do pâncreas sem diabetes] a casa está aberta, aqui [desenho do Tipo 1] a casa está fechada. Fechou tudo, por isso é o diabetes tipo 1. (Leitor 16)

O pâncreas aqui [no Tipo 2] está mais aberto, lá [no Tipo 1] está fechado. (Leitor 14)

O pâncreas aqui [no Tipo 2] está produzindo mais insulina do que lá [no Tipo 1]. Aqui é o tipo 2. (Leitor 18)

É interessante constatar por estas falas o alto nível de conhecimento que os pacientes possuem, pois conseguiram identificar e diferenciar os tipos de Diabetes pelas características dos desenhos do material.

A célula no desenho do tipo 1 “está triste porque não consegue comer” (Leitor 14), já no tipo 2 “está um pouco mais feliz que aquele. Não está muito feliz, mas está um pouco mais feliz” (Leitor 15), porque existe um pouco mais de insulina.

A insulina, no tipo 2, está cansada e dormindo porque:

Estavam precisando espairreçar, descansar. Não conseguem receber glicose aí estão cansados. (Leitor 5)

É interessante constatar que as representações simbólicas das imagens traziam idéias de controle, como por exemplo, a muralha e os soldados, como se fosse uma vigilância sanitária sobre os pacientes, reforçando a lógica biomédica dos atendimentos na saúde.

As glicoses também receberam diferentes características de acordo com o tipo de Diabetes. No Tipo 1, as glicoses “estão tristes e em grande quantidade no sangue” (Leitor 15). Já no Tipo 2, “tem menos glicose no sangue porque o pâncreas está funcionando” (Leitor 16).

Essas leituras feitas pelos sujeitos vão de encontro à análise semiótica feita pela pesquisadora, descritas nas páginas 99-100. Nesta análise, também comentamos que os componentes das imagens metafóricas estavam identificados. Na discussão nos grupos, questionamos porque cada elemento das imagens tinha uma identificação e eles responderam:

Porque se não a gente não entende. (Leitor 18)

Mesmo identificado eu tive dificuldade de entender. (Leitor 15)

Ainda no Material 2, existem dois quadros que representam os sinais e sintomas do Diabetes Tipo 1 e Tipo 2. Essa descrição é feita de forma exagerada, utilizando a hipérbole, como descrevemos na página 103. O material aponta que os sinais e sintomas do diabetes tipo 1 são: muita sede; muita urina; muita fome; e perda de peso. Já do Tipo 2 são: desânimo, fraqueza e cansaço físico; alterações visuais; infecções; e lesões nas pernas e nos pés de difícil cicatrização.

Os participantes da pesquisa identificaram que se tratava dos sinais e sintomas do Diabetes. Eles identificaram também que existiam diferenças entre as descrições dos sinais e sintomas do Tipo 1 e Tipo 2:

Aqui as crianças estão bem melhores do que aqueles lá, as crianças estão mais felizes, sorridentes. (Leitor 14)

Na primeira o garoto está bebendo água, está comendo, fazendo muito xixi. Esse aqui está cansado, desanimado, tentando ler. (Leitor 15)

As crianças é tipo 1 e os rapazes, tipo 2. (Leitor 18)

Ao questionarmos se eles tiveram esses sinais e sintomas no momento do diagnóstico, eles responderam:

Aquele ali é igualzinho a mim, tudo o que eu tive está naquele quadro ali. Eu bebia 10 litros de água por dia, parecia que bebia uma piscina de água mesmo. Comia igual a um bicho, urinava 100 vezes ao dia, foi tudo o que eu senti no começo. Mas agora eu melhorei bastante, agora está tudo normal. (Leitor 15)

Isso aconteceu comigo: urinava muito, bebia muita água, sentia muita fome e perdi peso. Eu não urinava tanto assim de transbordar o vaso, mas se fosse um vaso fechado transbordava. Tomava água, não dava 15 minutos e ia ao banheiro. (Leitor 6)

Os sujeitos da pesquisa são diabéticos Tipo 2, mas comentaram que manifestaram os sinais e sintomas descritos para o Diabetes Tipo 1.

Eu fui mais daquele quadro ali [Tipo 1] no começo. (Leitor 15)

Eu também, no começo eu sentia muita sede. (Leitor 17)

Eu tive foi esse daqui [sintomas do Tipo 1], eu não tive aquele dali [sintomas do Tipo 2]. (Leitor 18)

A maioria dos participantes do grupo concordaram que apresentaram os sinais e sintomas descritos no Tipo 1, ao invés do Tipo 2. Apenas uma participante apontou que apresentou os sinais e sintomas descritos nos dois tipos diabetes:

Eu tive o jornal porque tive que usar lente no começo. Tive também muita sede e muito xixi. (Leitor 15)

Na verdade, os sinais e sintomas descritos no Tipo 1 são mais característicos neste tipo de Diabetes, mas também podem ocorrer no Tipo 2, dependendo do grau de evolução da doença. Talvez fosse uma falha do material ao apontar especificamente os sinais e sintomas

de cada tipo de Diabetes, como se eles não pudessem se intercalar, mas que são, na verdade, os sinais e sintomas mais comuns de cada tipo. Um leitor identificou essa falha:

Aqui eles estão mais felizes, ali estão mais tristes, mas tanto ali quanto aqui, os dois podem se encontrar no mesmo quadro [de sintomas]. (Leitor 19)

Nestes desenhos, os participantes identificaram que houve um exagero proposital nas características das imagens para que representassem de forma cômica as situações e facilitassem o entendimento.

Aí eles estão representando, exagerando para que a pessoa entenda melhor, porque se estiver normal ninguém vai entender muito, não é? (Leitor 2)

Eu entendo que está sendo cômico, um negócio assim engraçado, porque quem é que vai beber a água na piscina? Não é tão sério, eles estão tratando o diabetes como uma coisa mais light. (Leitor 7)

É para não assustar. (Leitor 5)

No final do Material 2, existe um quadro que descreve o tratamento do Diabetes. Para os sujeitos da pesquisa:

É o tipo de tratamento de todo diabético. Tem que caminhar, a atividade física que tem que fazer; a alimentação que tem que ser de 3 em 3 horas; tomar os medicamentos nas horas certas. (Leitor 15)

O mais importante é se educar. Conforme eu falei, agora eu estou me educando e estou procurando fazer as coisas direitinho. (Leitor 19)

Este Leitor 19 conseguiu fazer uma leitura dessa imagem identificando a educação em Diabetes como o centro da imagem, surgindo dela setas para os outros elementos do tratamento e, por isso, representa o elemento mais importante do tratamento. Como foi apontada na revisão de literatura, a educação em saúde é o alicerce para o tratamento do Diabetes, a base que possibilita o equilíbrio entre os elementos que compõe o tratamento da doença. Essa importância foi abordada no material educativo e ressaltada pelo leitor.

Percebemos muitas vezes que os sujeitos tinham dificuldade de produzir significados diante das imagens:

Eu não entendi. O que está escrito aqui? Ah! É a função da insulina. (Leitor 17) [ao ler o desenho da função da insulina no Material 2]

Trabalhando com o Material 1, os participantes da pesquisa tiveram dificuldades em identificar os desenhos e produzir sentidos para as imagens. No primeiro quadrado do cartaz, existe o desenho de um pâncreas do lado esquerdo, mas para os participantes:

Esse daqui parece um dedo. É um dedo, não é? [Após ler a identificação:] É um pâncreas???? Parece mais um dedo. (Leitor 18)

Está feio!! É um pâncreas que já está ruim, não produz mais insulina, por isso está assim. Está ruim igual ao meu pâncreas. (Leitor 19)

Do lado direito do mesmo quadrado no cartaz, existe o desenho de uma célula e de vasos sanguíneos, demonstrando o efeito da insulina ao permitir a entrada de glicose nas células. Mas um leitor questionou:

Eu não entendi esse desenho, o que ele significa? (Leitor 15)

Mesmo lendo a identificação, o leitor teve dificuldade em entender o desenho. Tivemos que explicar o significado de cada parte do desenho para que o leitor entendesse.

Na página 87, mostramos que nesse cartaz existe um conceito semiótico denominado estrutura analítica. Este se refere à existência de um transportador (a mulher do centro) com seus atributos possessivos (órgãos destacados do seu corpo ao redor da imagem). No grupo de discussão, perguntamos qual era a relação da mulher no centro do cartaz com os desenhos ao redor, e obtivemos como resposta:

É que ela tem todos esses órgãos dentro dela, que pode ser prejudicado pelo diabetes. (Leitor 17)

Porque o diabetes prejudica esses órgãos, são órgãos afetados pelo diabetes. (Leitor 14)

Os participantes conseguiram identificar que os desenhos ao redor eram partes destacadas do corpo da mulher, sendo como atributos possessivos do transportador. Eles também conseguiram identificar quais eram os órgãos destacados:

É um estômago, intestino, o cérebro, o rim. (Leitor 15)

Tem também o coração, que aí não mostra. (Leitor 16) [ou seja, o Diabetes também prejudica o coração, mas não é abordado no material]

Apenas um desenho não foi identificado por eles, que representava uma fibra muscular. Entretanto, esse quadrado do cartaz não abordava os órgãos acometidos pelas complicações do Diabetes, mas tratava do metabolismo da glicose desde a ingestão de carboidratos (açúcares e amido), sua passagem pelo estômago e intestino, até sua absorção pelos órgãos e células. Supomos que diversos elementos podem ter provocado essa leitura diferenciada da proposta pelo material, como por exemplo: as leituras prévias dos sujeitos podem ter influenciado na identificação do rim (um órgão que os diabéticos estão bastante

familiarizados, pois é comumente acometido pelo controle inadequado da doença) e relacioná-lo imediatamente como uma complicação; e/ou o material pode não ter passado as informações de forma clara e compreensível.

Ao contrário disso, no final do cartaz existem desenhos que representam as possíveis complicações do Diabetes, mas a maioria dos sujeitos não conseguiu relacionar o que estavam lendo como sendo as complicações:

Aqui tem o globo, o rim, os pés, a visão. (Leitor 14)

Eu identifiquei o globo ocular, por isso que esses desenhos é como a perda da visão, por isso tem esses focos, esses quadrados. (Leitor 19)

Para mim eu vejo doce, eu sempre vejo doce. (Leitor 17)

Tem nervos, circulação, doença renal. (Leitor 15)

Apenas um participante conseguiu compreender que eram as conseqüências do Diabetes no organismo; outro disse que entendia somente porque estava escrito em cima. Da mesma forma, alguns leitores podem não ter identificado que o material abordava as complicações do DM, talvez por não entenderem os desenhos ou porque já haviam mencionado uma referência às complicações da doença anteriormente no mesmo cartaz.

É importante destacar a fala do Leitor 17 ao mencionar que sempre vê “doce” nos desenhos dos materiais. Um elemento muito debatido na discussão em grupo se refere às restrições alimentares do paciente diabético.

Falam que pode comer, mas também não pode. O que me deixa muito feliz é poder comer e ficar satisfeito. Se alguma pessoa também está me acompanhando, também fico muito feliz por ela se ela comer e ficar satisfeito. Isso que é triste, não poder comer. (Leitor 17)

A comida representa um aspecto que dificulta a aderência ao tratamento. “O controle na vida do diabético é o fantasma que o atormenta, sendo a comida o vilão da história” (SANTANA, 2000, p. 103). É o grande vilão na adesão ao tratamento porque seguir uma dieta frente aos apelos sociais de fast-foods, bebidas e doces torna-se um grande desafio. Além disso, as reuniões e atividades sociais envolvem o ato de comer como elemento indispensável. Dessa maneira, torna-se uma tarefa difícil cumprir alguma restrição alimentar e abdicar de determinadas comidas.

Durante a discussão, alguns participantes reclamaram da necessidade de realizar uma dieta para o tratamento do Diabetes:

O negócio do diabético é que gosta de comer muito doce, e aquele desenho [célula verde no cartaz] parece um bolo e eu já to com vontade de pegar um pedaço [risos]. (Leitor 3)

Ele fala assim: 'Você não deixa eu comer', e eu pergunto: 'É, realmente eu não estou cuidando de você?'. (Leitor 4) [a esposa falando do marido]

Eu não posso comer, eu sou feliz? (Leitor 3)

Além da restrição alimentar, os sujeitos do grupo discutiram sobre a dificuldade no uso da insulina, pois possuem medo da agulha e da dor, se sentem preocupados com a ocorrência de hipoglicemias, além de sofrerem ou já terem sofrido alguma discriminação, porque as pessoas ao redor criticam, pensando que estão usando drogas devido às injeções.

Ao compararmos o Material 1 e o Material 2, perguntamos se existia alguma diferença entre estes materiais. Os participantes comentaram:

Esse daqui [Material 1] mostra os órgãos que se você não se cuidar o que pode acontecer. (Leitor 17)

Já aquele [Material 2] tem várias crianças brincando, sorrindo. Tem sinais, o tratamento. (Leitor 14)

Ali [Material 1] é uma mulher, aqui [Material 2] é um desenho. (Leitor 15)

Nesta última fala, a leitora destaca a modalidade das imagens durante a discussão. Nas páginas 95-96, mostramos que as imagens do Material 1 apresentam uma proximidade maior da naturalidade (Modalidade pictórica naturalista), e as imagens do Material 2 são desenhos convencionais com traços bem reduzidos e simplificados, que se distanciam mais da naturalidade (Modalidade pictórica convencional). Por isso, a leitora destacou que no Material 1 é uma mulher e no Material 2 é um desenho, ou seja, o Material 1 apresenta uma naturalidade maior, apesar de ambos serem desenhos.

No Material 4, alguns participantes identificaram que o desenho se tratava de um glicosímetro e era uma forma criativa e alegre de representar o tratamento ao personificar o aparelho.

Eu acho que apresenta muito bem, precisa ser bem humorado. (Leitor 7)

É gracioso. (Leitor 8)

Outros apontaram que parecia uma televisão, uma lanterna, uma panela e, ainda, um desenho animado, pois o desenho não estava adequado.

**. *Está faltando informação aí em cima, porque você tem que distinguir. Devia estar escrito, a gente tem que adivinhar. *. *Se fosse uma foto de um aparelho de glicose seria melhor e seria mais informativo para todos. (Leitor 3)*

Eu acho que assim engana em pouco. (Leitor 4)

Isso não é exatamente como seria um aparelho de glicose. Se estivesse sem o boné, você iria ver mais nitidamente que é um aparelho de glicose. (Leitor 9)

Estas imagens foram classificadas na página 96 como “modalidade pictórica fantasiosa” por apresentarem desenhos com características que não são próprias ao objeto representado.

Um participante comentou que se utilizassem no material uma foto do aparelho glicosímetro no lugar do desenho, a mensagem seria mais facilmente entendida pelos leitores. Então, questionamos porque os produtores usaram o desenho em lugar da foto e eles responderam:

Eu acho que é para chamar mais atenção. (Leitor 4)

É mais criativo. (Leitor 1)

O aparelho deve ser careca. (Leitor 3)

As pessoas acham que cuidar do Diabetes é coisa do outro mundo, mas não é isso. (Leitor 5)

Ajuda demonstrando com alegria o tratamento do Diabetes. (Leitor 2)

Para alguns participantes, a mensagem deste material era apenas sobre a monitorização de glicose:

Significa a automonitorização. (Leitor 2)

Fala do aparelho de glicose. (Leitor 18)

É para medir e controlar a glicose. (Leitor 16)

É um aparelhinho de medir a glicemia capilar. (Leitor 15)

Fala dessa empresa que tem as fitas de verificar a glicose. (Leitor 17)

Nós diabéticos precisamos ter esse aparelho de glicose em casa. Algumas pessoas acham que não é preciso, mas precisamos ter. (Leitor 1)

Apesar de o material abordar diversos assuntos sobre o Diabetes, os leitores identificaram que se tratava apenas da monitorização de glicose. Podemos acreditar que o

desenho do glicosímetro, que aparecia em diversos locais no *folder* e chamava mais atenção que o texto, determinou essa leitura seletiva que os sujeitos fizeram. Dessa forma, a imagem influenciou e delimitou os significados produzidos pela leitura de uma forma diferente do estipulado pelos produtores do material.

Neste momento da discussão no grupo, eles reclamaram muito do preço das fitas reagentes:

Esse aparelhinho aqui as fitas são as mais caras que tem. (Leitor 17)

Eu só meço de 15 em 15 dias aqui no grupo, porque as fitas são muito caras. (Leitor 16)

Eu meço todos os dias em casa, porque eu recebo as fitas. (Leitor 15)

Esses questionamentos reforçam a idéia de o Diabetes ser um campo muito lucrativo dominado por empresas privadas, conforme comentamos quando apontamos que a temática mais abordada nos materiais educativos coletados foi a comercialização de produtos por empresas da área.

No que se refere a estas leituras não produzidas pelo leitor, podemos dizer que existem significados potenciais que precisam ser ativados pelos produtores e espectadores de imagens (JEWITT & OYAMA, 2001, p. 135). O produtor de uma mensagem supõe quem será o leitor e conta que os recursos semióticos usados serão suficientes e adequados para que a mensagem funcione como foi intencionado. Para isso, é necessário que esses leitores tenham conhecimento de uma série de mensagens em outro nível, mensagens que contenham informações específicas sobre ler, entender e interpretar a mensagem (HODGE, KRESS, 1988). No nosso caso, o produtor esperara que o leitor tivesse algum conhecimento científico para compreender o sentido das imagens apresentadas, mas, conforme dissemos no capítulo 3 (item 3.2), o leitor pode não ter o nível de conhecimento suposto para interagir com a mensagem (como alguns participantes não tinham), pois não teve um preparo para conhecer o “código”.

Podemos também usar como exemplo a imagem do Material 8, pois os sujeitos da pesquisa tiveram dificuldade em construir um significado para ela. Na página 86, descrevemos que a imagem apresenta um homem que segura um frasco de insulina e se equilibra numa maçã e uma mulher em cima de um copo de suco segurando um frasco de remédios. As vestimentas desportivas apontam que eles estão praticando atividade física. O significado simbólico do conjunto da imagem confere ao conhecimento do Diabetes como

uma doença que precisa de equilíbrio entre o quanto e o quê se come, o quanto se gasta (na atividade física) e o quanto se utiliza de remédios.

Entretanto, os sujeitos da pesquisa responderam:

Está parecendo que está fazendo exercício, não é? (Leitor 12)

É, estão fazendo exercício. (Leitor 11)

A menina está errada porque está em cima de um copo e o outro está em cima de uma fruta. (Leitor 12)

Ao questionarmos o porquê dos personagens estarem em cima de um copo de suco e de uma fruta, eles não souberam responder. Para estimular alguma significação, perguntamos o que eles seguravam nas mãos:

Ah, são remédios. (Leitor 12)

Ah, agora entendi. Ela está segurando o remédio e o copo é para tomar o remédio, não é? E a fruta é pra você comer no lanche, não é? (Leitor 13)

Eu acho que conforme o tratamento que eles fizeram, está tudo dando certo, e estão jogando tudo para baixo o que não é bom, o remédio que está levantando eles. (Leitor 10)

Identificamos que os sujeitos da pesquisa não compreenderam a mensagem conforme descrevemos anteriormente, construindo um significado diferente diante da imagem. Esse fato reforça a complexidade do processo de leitura, uma vez que ela é dependente das condições de produção da leitura.

Um conceito abordado na análise semiótica dos materiais que não foi identificado pelos sujeitos refere-se à presença de vetores nas imagens. Nas páginas 81-84, descrevemos que as representações narrativas são reconhecidas pela presença de vetores, ou seja, linhas invisíveis que conectam os personagens.

Entretanto, perguntamos aos sujeitos se existia alguma coisa que conectava os participantes da imagem inferior da 2ª página do *folder*, eles responderam:

Eu acho que alguém aí está abordando, perguntando se ela tem diabetes, isso foi o que entendi. (Leitor 10)

Eles não conseguiram perceber que a linha dos olhos conectava os personagens da imagem entre si. Quando questionamos qual personagem possuía o papel principal na cena, eles responderam que era a menina do canto esquerdo, e o alvo desta menina era o rapaz.

É o rapaz, a menina olha para o rapaz. (Leitor 11)

No entanto, tendo como base os conceitos semióticos, o rapaz é o protagonista (papel principal) da cena porque gesticula e dá sentido à cena. Ao contrário do que os sujeitos apontaram, a menina da esquerda é o alvo deste personagem, porque é para ela que se dirige o vetor (linha dos olhos do protagonista).

O mesmo aconteceu com a imagem superior da 5ª página do *folder*. Para os sujeitos, a protagonista da cena era a mulher da esquerda e seu alvo, a da direita. Entretanto, a análise semiótica aponta que a protagonista é a mulher da direita porque fala e gesticula e seu alvo, a mulher da esquerda que recebe o olhar da protagonista.

Percebe-se que nas duas imagens a mesma mulher (em ambas está do lado esquerdo) foi apontada como a protagonista das cenas. Isso pode ter acontecido porque o *folder* aborda a rotina desta mulher como diabética e ela aparece em todas as cenas, e então, por isso, foi identificada como o personagem principal.

Portanto, os conceitos semióticos não são soberanos sobre as significações que os sujeitos elaboram no momento da leitura. Como é apontada pela semiótica social, a significação nunca é imposta como um código absoluto, nunca parte do pressuposto de que imagens/textos produzem exatamente significados e efeitos que os autores pretendem, existe um “espaço” entre o autor e o leitor, um espaço de interação, de leitura, de discursividade. A produção de significados ocorre precisamente nas lutas e em seus desfechos incertos, sendo mais estudadas ao nível da ação social e de seus efeitos (HODGE, KRESS, 1988).

Além disso, Orlandi (1998) refere que a leitura possui sentidos incertos, ausentes de pré-fixação. Essa indeterminação abre brechas para a ambigüidade, que é uma propriedade intrínseca inscrita da unicidade e da pluralidade da leitura. Não se pode pensar na leitura na perspectiva da univocidade absoluta, como uma linguagem transparente de um único sentido, nem sob o mito da plurivocidade absoluta, em que nenhuma significação é atribuída de modo seguro e categórico.

A leitura é um processo de desvelamento e de construção de sentidos por um sujeito determinado, circunscrito a determinadas condições sócio-históricas. Portanto, por sua própria natureza e especificidade constitutiva, a leitura tende a ser múltipla, a ser plural, a ser ambígua. Mas não será nunca “qualquer uma” (ORLANDI, 1998, p. 208).

5.3 A LEITURA E SEU PERCURSO

Neste item, explicitaremos o percurso da leitura que os sujeitos da pesquisa realizaram. Trata-se de identificar o caminho que constituiu texto e imagem como uma unidade pragmática. Além disso, abordaremos alguns fundamentos da leitura que os sujeitos discutiram.

Os sujeitos apontaram que antes de ler o texto prestam atenção nas imagens:

A imagem é o impacto. Se a imagem te agrada você vai ler o texto. Você não vai no texto primeiro para depois ler a imagem. Você tem que sofrer o impacto primeiro para depois você saber. (Leitor 10)

Eu primeiro leio as imagens e depois leio o texto. Vejo as imagens para ter uma idéia do que fala o texto. (Leitor 15)

As imagens chamam mais atenção, é a primeira coisa que vejo. (Leitor 17)

Primeiro vou ler as figuras e depois vejo o texto. Faço isso com qualquer figura, em qualquer revista. (Leitor 14)

Nós lemos primeiro a imagem para depois ler o texto. (Leitor 13)

Para os participantes, as imagens possuem grande influência na transmissão das informações, pois chama mais atenção do que o texto, sendo capaz até mesmo de anular a leitura do texto quando as imagens não lhe agradam.

Eles comentaram que a leitura das imagens pode reduzir a leitura dos textos, porque muitas vezes a imagem já aponta o significado do texto. Entretanto, ela não esgota todas as informações textuais, porque:

[...] as imagens não contem tudo o que tem no texto. (Leitor 15)

A leitura da imagem complementa a leitura do texto. (Leitor 14)

Dessa forma, a imagem pode ajudar na leitura dos textos, mas não substituí-la, pois:

Tenho que ler o texto para entender melhor a figura. (Leitor 16)

O texto tem mais informações que a imagem sozinha, é mais detalhado. (Leitor 10)

Só a imagem não fala tudo do texto, eu tenho que ler para descobrir. (Leitor 19)

Questionamos também se a leitura “vai e vem” ou segue a ordem do texto. Para os participantes, a ordem que sempre se segue é a leitura das imagens previamente a leitura do texto.

Primeiro é o impacto das imagens. A leitura das imagens é mais agradável e mais fácil, então, depois de ver as imagens, eu paro para ler o texto. (Leitor 10)

Primeiro eu vejo todas as figuras, depois vou ler o texto na ordem dele. Eu tenho que seguir a ordem para saber o que fala o 1, depois o 2, para entender o que ele está falando. (Leitora 14)

Primeiro eu leio todas as figuras, depois volto para ler o que eu achar interessante, começando desde o início para ver o que é. (Leitora 18)

Portanto, o percurso da leitura, após a leitura das imagens, segue linearmente a ordem do texto. Os sujeitos apontaram que primeiro lêem as imagens, independente de seu posicionamento, para depois ler o texto, caso as imagens lhe forem agradáveis.

De uma forma geral, todos apontaram que as cores diversificadas chamam a atenção e as imagens facilitam a compreensão, pois são atrativas e bem organizadas com relação ao texto, sem sobrecarregar a leitura.

As cores são alerta e animam as pessoas a ler. (grupo do Material 4)

E não levam a distração, porque são pequenos textos bem explicativos. (grupo do Material 1)

As imagens facilitam o aprendizado. (grupo do Material 3)

As imagens ajudam a entender porque os personagens estão bem relacionados com o texto. (grupo do Material 2)

Ajudam, porque ilustram uma leitura que seria entediante. (Leitora 14)

Ajudam, pois a ilustração ajuda na compreensão dos textos, uma vez que demonstra o que o texto busca transmitir. (Leitor 18)

O cartaz [Material 2] é bem objetivo, ele relaciona a imagem com o texto, explicando de forma muito clara. (Leitor 4)

As imagens ajudam a passar as informações, ajudam a entender o material. (Leitor 13)

Vimos que, além do código escrito, outras formas de representação fazem parte da significação produzida, como por exemplo, as imagens que tentam simbolizar o texto escrito, as variadas cores, a qualidade do papel, o formato e a cor das letras, a marca comercial, enfim, diversos elementos que constituem a mensagem a ser comunicada, e que, quando são lidos/vistos pelos pacientes, se transformam em uma variedade de possibilidades.

Em nossa sociedade, a imagem possui papel fundamental, pois nossa realidade social é representada de forma imagética, além de constituída e (re)produzida desta forma. A imagem

orienta as ações práticas do cotidiano, podendo se referir tanto a fenômenos individuais quanto a fenômenos coletivos relativos ao meio social. Desta forma, a imagem pode facilitar o aprendizado, favorecer a interação e a identificação do leitor com a mensagem transmitida.

Entretanto, para alguns, as imagens precisam estar mais bem esclarecidas. Essa requisição ocorreu ao discutirmos sobre as imagens do Material 4. Para alguns participantes, como vimos anteriormente, não estava claro que o desenho representava um glicosímetro com braços, pernas e boné. Muitos tiveram dificuldade para entender que eram fitas reagentes que urinavam, gotas de sangue que se pesavam, glicosímetros que se alimentavam, etc. Apresentaram dificuldade também na leitura das imagens dos Materiais 1 e 2.

Outro questionamento levantado refere-se à linguagem utilizada nos materiais. Ao ler dois cartazes que abordavam os conceitos do Diabetes (Material 1 e 2), que continham características diferenciadas, questionamos se existia diferença entre os dois. Apenas um participante comentou que não existia diferença entre eles:

Os dois parecem o mesmo assunto. Ambos falam em Diabetes Tipo 1 e Diabetes Tipo 2, não vejo diferença entre eles. É trocar seis por meia dúzia. (Leitor 4)

Mas a maioria constatou que os dois possuíam abordagens diferentes, onde o primeiro possuía uma linguagem mais científica e o segundo, de fácil entendimento.

Eu acho que tem sim. O segundo [Material 2] é tipo assim, pra quem está começando, é mais agradável. O primeiro não [Material 1], ele tem informações mais difíceis para uma pessoa que está começando. O primeiro é uma evolução do segundo. (Leitor 6)

Aquele ali [Material 2] as palavras são mais simples para a pessoa entender, é mais engraçado. Esse daqui [Material 1] as palavras são mais difíceis, é mais sério. Mas, na minha opinião, eu acho que tem que ser informado assim para saber o que faz, para que a gente acredite que é uma coisa séria. (Leitor 1)

Eu acho que sendo mais sério, as pessoas realmente vão tomar cuidado. Informando assim as pessoas já ficam em alerta, não é? (Leitor 2)

Esses dois últimos discursos reforçam a idéia da existência de uma prática educativa tradicional tão enraizada na saúde que até mesmo os sujeitos mantiveram seu discurso dominador e autoritário. Usando o Material 1 como exemplo, observamos que o gênero do texto científico exerceu a relação de “dono do saber” para quem “nada sabe”.

Os participantes do grupo discutiram, então, qual seria a melhor forma de passar as informações. Alguns acreditavam que tratando o assunto de forma séria, os diabéticos

estariam mais alerta e cuidariam melhor da sua condição. Outros disseram que se deve representar de forma alegre, porque cuidar do Diabetes “não é coisa de outro mundo”. Outros ainda apontavam que dependeria do momento de cada um, da motivação que cada diabético tem de, naquele momento, cuidar da doença.

*Eu acho que na vida precisamos de tudo *. *tem hora que a gente precisa de uma informação mais light, tem horas que precisamos de uma informação mais forte, que a gente está relaxado. Aquele cartaz com desenho [Material 2] é bom ser usado num consultório endócrino-pediátrico, de criança. (Leitor 1)*

O outro [Material 2] é mais para criança, esse daqui é mais assustador [Material 1]. (Leitor 2)

É interessante constatar nestas falas a noção de infantilização que os participantes apontaram no cartaz. Na opinião destes leitores, esse cartaz devia ser usado em locais que cuidassem de crianças diabéticas. Entretanto, este material é encontrado em diversos locais que tratam de adultos e idosos com Diabetes, inclusive na sala do HUAP, onde eles fazem consulta médica e de enfermagem.

Esta característica, a infantilização do sujeito, foi apontada por outras pesquisas na educação em saúde. Para os profissionais de saúde e para os produtores dos materiais, a clientela possui déficits cognitivos que, acrescidos do baixo nível educacional e cultural, representam uma dificuldade para o entendimento das informações dos materiais (OLIVEIRA et al., 2007). Por isso, utiliza-se a infantilização da linguagem para chegar ao “nível intelectual” dos sujeitos diabéticos.

Nesta perspectiva, os sujeitos/leitores são vistos como receptores passivos, de um “saber vazio” e que estão à espera de informação, numa condição de assujeitamento (ROZEMBERG, SILVA, VASCONCELLOS SILVA, 2002).

5.4 FORMAS DE APROPRIAÇÃO E RESISTÊNCIA NA LEITURA

Esta parte da análise buscou identificar formas de apropriação e resistência do leitor às significações sociais dominantes presentes nos materiais educativos. Para detectá-las, questionamos a identificação dos leitores com as imagens (“O que as imagens falam de você? E o que não falam?”), se as imagens possuíam algo em comum com eles e se lhes eram agradáveis.

A apropriação na leitura se concretizou quando os sujeitos se identificavam com as imagens, descrevendo o que estas falavam deles próprios e reconhecendo-se nelas. No primeiro grupo de discussão realizado, onde dividimos o grupo maior em quatro pequenos grupos, obtivemos como repostas:

Os personagens falam do funcionamento do meu organismo, esclarecendo o que é certo e o que é errado. (grupo do Material 2)

Demonstram para nós a situação do diabético, nós somos diabéticos. (grupo do Material 2)

Mostram para nós como é a vida de um diabético, como é a nossa vida. (grupo do Material 3)

Os personagens são pessoas como nós, que nos ensinam a conviver com esta doença diariamente, a viver com ela com muito amor e carinho. (grupo do Material 1)

As imagens falam que o nosso pâncreas deixou de trabalhar rapidamente como deveria, precisando de medicações. (grupo do Material 1)

Os personagens falam coisas lógicas que acontece com a gente, o que acontece no dia-a-dia. (grupo do Material 4) [ao identificar os sintomas do diabetes no material]

Ao responderem o que as imagens não falavam deles, eles afirmaram que:

Não fala que o diabetes é uma doença silenciosa. (grupo do Material 1)

Não falam dos sentimentos de ser diabético. (grupo do Material 3)

Não falam das conseqüências do diabetes, faltaram as complicações. (grupo do Material 2)

Nos outros grupos de discussão, os participantes responderam individualmente. Eles comentaram que as imagens:

Falam da rotina que nós diabéticos temos que fazer. (Leitor 10)

Mostra ali os órgãos e eu não sei até que ponto vão os meus órgãos. (Leitor 14)

É o que temos que fazer para viver de bem com a vida. (Leitor 12)

O que possui em comum conosco é a doença. (Leitor 11)

O que essa mulher possui em comum com a gente é que ela tem Diabetes e nós também. (Leitor 14)

Aquele ali é igualzinho a mim, tudo o que eu tive está naquele quadro ali. [...] (Leitor 15)

Ao discutir o *folder* da jovem diabética (Material 3), os participantes comentaram que se identificam com ela, pois possuem uma vida normal com o Diabetes.

De uma forma geral, a maioria dos sujeitos teve uma identificação com os personagens das imagens, apontando-as como agradáveis e reconhecendo-as com algo em comum. Entretanto, observamos que alguns sujeitos discordavam da idéia passada ou não se identificavam com a imagem, assumindo um lugar de resistência diante da leitura.

*Quem produziu isso daqui não pensou muito bem. Não foi bem produzido. *.*Eu acho que quem desenhou tinha que ter mais objetividade, para que as pessoas entendessem melhor. (Leitor 3)*

As imagens ajudam, mas precisa ser mais esclarecido. (grupo do Material 3)

Eu acho que assim engana em pouco. (Leitor 4) [ao se referir ao desenho do glicosímetro]

As imagens dos materiais não me agradaram, tem que ser mais alegre. (Leitor 15)

Não achei agradável, não. (Leitor 1), [ao se referir Material 1 e 2]

O primeiro [cartaz] foi mais rápido de identificar do que essas células aqui, essas glicoses confundiram um pouco. (Leitor 1) [ao comparar o Material 1 e Material 2]

Eu achei difícil de entender. (Leitor 19) [ao se referir ao Material 1]

Até quando os sujeitos se sentiam distantes dos personagens, estavam exercendo uma resistência:

Eu me sinto distante, não me sinto próximo deles. Eles estão próximos uns dos outros, mas não da gente. (Leitor 10)

Ou também quando apontavam que o material não acrescentou nenhuma informação nova, ou quando não possuíam mais interesse nestas leituras:

Eu achei bom o material, mas não me acrescentou em nada. (Leitor 10)

Se eu paro para ler e vejo que é negócio de diabetes, eu estou fora. Já li muita coisa sobre Diabetes, nem continuo lendo. (Leitor 14)

De uma forma geral, estes leitores podem ter manifestado a resistência porque perceberam que seu conhecimento foi subjugado ou manipulado pelo material educativo; ou por achar que se trata de uma ofensa, seja aos seus hábitos, sua cultura, sua raça, etc.

Pelo viés da discordância/rejeição da mensagem transmitida ou da ausência de identificação, observamos rupturas com as mensagens, refazendo ou desfazendo os sentidos. É como se não houvesse mais a camisa-de-força do “isso ou aquilo”, como uma liberdade que abre caminhos para novas leituras. O lugar de resistência é o local de diferença no sistema logonômico e um modo de se perceber melhor o sujeito que a produz e/ou a detecta (ORLANDI, 1998).

Como o poder está disseminado por todas as partes do mundo social, numa trama complexa e heterogênea de relações de força, a resistência ao poder também se faz presente e ocupa seu espaço. Esse espaço de contestação permite a produção de uma identidade particular e individual, estando fora do controle de um poder que fabrica nossos caracteres socialmente. Para Foucault (2006), as resistências ao poder devem ser entendidas como aquelas que visam à defesa da liberdade, uma luta contra a dominação, contra o assujeitamento, contra as diversas formas de subjetividade e submissão. “O *topos* ao qual se poderia chegar a partir das lutas de resistência, desse modo, seria a governabilidade, ou seja, o autogoverno dos indivíduos livres e autônomos” (BRANCO, 2001, p. 247).

Não podemos presumir que os sujeitos que contestaram as regras logonômicas obtiveram sucesso, passando a serem sujeitos livres e autônomos. Mas percebemos que a resistência foi incorporada com esforço, pois outros sujeitos lutaram contra ela, e também não foi interpretada como insignificante, uma vez que receberam a atenção devida de todos.

Por isso, processos de luta e resistência são aspectos decisivos da formação social e afetam todos os níveis de sistemas semióticos. No nível micro, o poder é posto à prova em todas as interações, e os sistemas logonômicos são, tipicamente, um registro disso. Os significados e interesses de ambos, dominantes e dominados, agem em conjunto em proporções que não estão pré-determinadas e que constituem as formas e possibilidades de significados em todos os níveis (HODGE, KRESS, 1988).

5.5 MODOS DE INTERAÇÃO NA LEITURA

Os modos de interação na leitura referem-se às relações do leitor com o texto. Como foi descrito no item 3.1.2, consistem no grau de inferência do leitor, podendo ir desde a reprodução do sentido dado pelo autor do texto (leitura parafrástica) até a atribuição de múltiplos sentidos à leitura (leitura polissêmica).

Algumas vezes, o discurso era autoritário e dominante, tanto pelos materiais educativos quanto pelos participantes da pesquisa, o que afirma que o uso da linguagem estava polarizado para o lado da paráfrase. Nesta interação, a leitura das imagens e textos pelos sujeitos foi uma reprodução de sentidos:

Aqui tem várias crianças brincando, sorrindo. Tem sinais, o tratamento. (Leitor 14)

Na primeira o garoto está bebendo água, está comendo, fazendo muito xixi. Esse aqui está cansado, desanimado, tentando ler. (Leitor 15)

Aqui acontece uma conversa informal entre 3 pessoas que aborda o fato de que, segundo o texto, o diabetes não se deixa transparecer visivelmente. (Leitor 10)

Está bebendo um líquido, mas está com o aparelho de glicose em baixo, então está cuidando do diabetes. (Leitor 11)

Aqui fala que o tipo 1 é mais comum em adolescentes e o tipo 2 é mais comum acima dos 35 anos. (Leitor 2)

É o tipo de tratamento de todo diabético. Tem que caminhar, a atividade física que tem que fazer; a alimentação que tem que ser de 3 em 3 horas; tomar os medicamentos nas horas certas. (Leitor 15)

Ao mesmo tempo, não podemos dizer que na leitura parafrástica não houve inferência, pois mesmo no reconhecimento de um sentido já existe uma proposição pelo indivíduo. Por exemplo, na fala deste leitor:

O material fala da rotina do diabético aplicando insulina, fazendo o teste, fazendo natação. (Leitor 10)

Ele identificou que nas imagens a personagem aplicava insulina, fazia atividade física, fazia a automonitorização, o que significava, portanto, a rotina de um paciente diabético. Ele fez uma operação intelectual ao identificar que se tratava da rotina do diabético, mas, apesar disso, não foi uma leitura para além do que já estava escrito.

Em outro exemplo, o leitor reproduziu os significados da imagem/texto, mas deduziu que se tratava do Diabetes Tipo 1.

Naquele [desenho do pâncreas sem diabetes] a casa está aberta, aqui [desenho do Tipo 1] a casa está fechada. Fechou tudo, por isso é o diabetes tipo 1. (Leitor 16)

Outras vezes os sujeitos apresentavam um grau de inferência maior na leitura dos materiais, indo além dos significados presos nas imagens e textos. Nesta leitura polissêmica,

rompeu-se com a produção dominante de sentidos e criaram-se novos, numa tensa relação do texto/imagem com o contexto histórico-social (ORLANDI, 2001a, p. 20).

Por exemplo, o Leitor 4 teve uma leitura diferenciada do que estava proposto pelo material:

Eles estão tristes porque não receberam medicação, estão abandonados aí sem saber o que está acontecendo. Largados sem cuidados. (Leitor 4)

O material representava, por meio um desenho, o funcionamento do pâncreas no Diabetes Tipo 2, mas para este leitor, se tratava de um diabético que não se cuidava, que não controlava seu nível de glicose. Outra leitura diferenciada também foi produzida por este leitor:

[...] Ela está segurando o remédio e o copo é para tomar o remédio, não é? E a fruta é pra você comer no lanche, não é? (Leitor 13)

Eu acho que conforme o tratamento que eles fizeram, está tudo dando certo, e estão jogando tudo para baixo o que não é bom, o remédio que está levantando eles. (Leitor 10)

Este material retrava os elementos do tratamento do Diabetes que precisavam estar em equilíbrio, no qual uma jovem segurava tabletes de remédio na mão e se equilibrava em cima de um copo de suco natural, ao lado dela, um jovem segurava um frasco de insulina e se equilibrava numa maçã, ambos utilizavam roupas esportivas. Mas para o Leitor 13, o copo de suco era para ingerir o medicamento e a fruta para ser consumida; para o Leitor 10, o tratamento era o que estava levantando eles, por isso eles os seguravam acima do corpo.

Na leitura abaixo, o sujeito foi além do que estava escrito:

Ela está fazendo bom uso da medicação, e da dieta também, e tudo mais que há envolve o bom controle. É como se estivesse despertando para o Diabetes. (Leitor 11)

Para o Leitor 11, a personagem realizava o tratamento e conseguia controlar sua glicose, por isso, era como se fosse um despertar para o Diabetes, um despertar para a qualidade de vida e bem-estar. Para outros leitores, a postura da personagem apontava um significado particular, indo além do que estava escrito:

[...] Ela sempre tem essa postura com a mão na cintura, como se o Diabetes não lhe atrapalha em nada. (Leitor 12)

Ela está parecendo ter mais dinâmica, como que se fosse a dinâmica necessária para viver com Diabetes. (Leitor 11)

Neste contexto, percebemos que a leitura parafrástica e polissêmica não se distinguiram de forma estanque, mas gradualmente. O grau de inferência implicado na leitura variou amplamente, desde o ponto mais baixo (parafrástico) até o ponto mais alto (polissêmico).

No caso específico da leitura polissêmica, faz-se necessário relacioná-la a um quadro de referência para saber como ela constrói o sentido. No momento em que essa ligação se estabelece, elas passam a inscrever-se numa matriz, de onde retiram seu efeito de sentido específico (ORLANDI, 1998). Ou seja, a criação de uma leitura mais polissêmica se projeta a partir dos pressupostos e pensamentos de cada indivíduo. Podemos supor que o indivíduo que possui um olhar mais crítico ou criativo diante do material não irá somente reproduzir o sentido, mas suscitará outros de acordo com suas expectativas e interesses. Este sujeito/leitor pode, assim, atuar de forma ativa e produzir diferentes sentidos na leitura, podendo apontar para re-significações.

Dessa forma, as diferentes relações dos leitores com o texto serão influenciadas pela subjetividade do indivíduo, por seus interesses e por sua história de leitura, concretizando-se num espaço que abriga uma tensão entre os sentidos presentes no texto e os diferentes sítios de significação.

Creemos que esses diferentes níveis de sujeitos e essas diferentes condições de produção da leitura é que irão determinar, dentre outras coisas, o grau de relação do leitor com o texto. Entretanto, não buscamos atribuir valores à leitura polissêmica em detrimento a parafrástica, pois algumas vezes a leitura mais adequada pode ser, circunstancialmente, a mais parafrástica. Isso dependerá das condições e dos objetivos da leitura, isto é, da forma de interação que ela estabelece. Um material que ensina sobre a auto-aplicação de insulina, por exemplo, contém regras que devem ser seguidas para que a insulina seja utilizada adequadamente, necessitando, portanto, de uma leitura parafrástica.

5.6 O PAPEL DOS MATERIAIS EDUCATIVOS

Ao concluir a discussão nos grupos, questionamos sobre a opinião que eles tinham sobre os materiais. A maioria apontou que o material educativo aumentou o conhecimento que eles possuíam sobre a doença e que é um incentivo para que as pessoas se cuidem cada vez melhor.

Eu acho que eles são muito bons. (Leitor 11)

É um incentivo para as pessoas saber que aquilo ali é válido. (Leitor 1)

Ajuda bastante aos pacientes a seguir os cuidados. (Leitor 10)

Eu mesmo gosto de ver, quando eu paro nos cantos eu gosto de ler. Quando eu vou nos hospitais e tem cartazes de diabetes eu paro para ler. É bom, eu gosto de ler. Porque lendo você vai entendendo, não é? (Leitor 12)

Nós achamos muito importante este cartaz, pois nos mostra como cuidar melhor do nosso organismo para vivermos melhor. Explica para nós como é importante visitar o médico, controlar a alimentação, ou seja, diminuir os açúcares e gorduras, e fazer exercícios de baixo impacto. (grupo do Material 1)

Uma participante comentou que os materiais deveriam também ser divulgados para outras pessoas que possuem Diabetes e que não frequentam os grupos:

Essas informações não deveriam ficar só no grupo, essas informações deveriam ser passadas. Por exemplo, nós que somos diabéticos deveríamos ter esse trabalho de pegar formulários, de repente, e passar para outras pessoas, entendeu? Os que não têm para se prevenir, e os que têm para se cuidar melhor. Eu acho que precisa disso também. Eu acho que precisa passar essas informações para outras pessoas para melhorar a qualidade de vida. Esses formulários não deveriam ficar só aqui no grupo, deveriam sair daqui. (Leitor 4)

Alguns participantes apontaram a necessidade de uma prática complementar ao uso de materiais educativos, pois:

A pessoa não capta toda a mensagem adequadamente, precisa de uma aula a parte para entender melhor. Nós mesmos aqui com tanto tempo de Diabetes e há tanto tempo participando do grupo e tivemos uma porção de dúvidas. (Leitor 3)

Isto reforça a idéia segundo a qual, como foi discutido anteriormente, os materiais não podem ser considerados como fins em si mesmos. Eles representam um dispositivo que auxilia a prática educativa, devendo-se sempre complementar a distribuição do material com orientações sobre seu conteúdo.

Como sugestões, os participantes disseram que no cartaz do Material 2 era necessário acrescentar as possíveis complicações de um Diabetes mal controlado.

É porque a gente precisa saber, porque tem muita gente que não controla porque não sabe o que pode acarretar. (Leitor 5)

Um participante comentou que, apesar da informação ser muito importante, deveria estar mais adequada ao público destinado.

No meu modo de pensar, as informações deviam ser mais corretas, nem todos identificam bem o que significam os desenhos. (Leitor 3)

Outro participante sugeriu que a letra dos materiais precisa ser maior, pois eles apresentaram dificuldades na leitura.

A letra é difícil de enxergar porque é minúscula. Tem que ser um pouco maior, porque nem todo mundo, mesmo com óculos, cansa a vista, não dá para ver, porque a letra é pequenininha. (Leitor 4)

Uma participante sugeriu que as imagens deveriam abranger todas as faixas etárias [ela estava com o *folder* da jovem diabética nas mãos], pois não são somente jovens e crianças que possuem Diabetes, adultos e idosos também. Entretanto, não podemos dizer que esta é uma falha dos produtores dos materiais educativos, pois esta visão pode ter resultado do corte que foi feito pela pesquisa, já que, como vimos no levantamento de materiais impressos sobre diabetes, estes são bastante diversificados.

Ao final, a dinâmica de discussão em grupo foi avaliada de forma positiva, pois disponibilizou uma síntese, uma orientação complementar ao material, contribuindo para o entendimento dos leitores.

Sempre estou aprendendo alguma coisa. Tenho 34 anos de Diabetes e sempre estou aprendendo. (Leitor 17)

Foi muito instrutivo. (Leitor 18)

6. CONCLUSÃO

Os objetivos que nortearam esta pesquisa foram alcançados à medida que caracterizamos os recursos semióticos dos materiais educativos; analisamos a produção de sentidos e o processo de leitura dos materiais pelos pacientes dos grupos; além de discutimos os modos de interação na leitura e as formas de apropriação ou resistência desta clientela específica frente aos materiais educativos utilizados.

Investigar a leitura de materiais educativos usados no Diabetes, baseando-se na Semiótica Social, possibilitou a construção de elementos que favoreceram uma rica discussão. Não buscamos entender o porquê das significações produzidas, muito menos desvendar a origem dos fatos ou seu sentido secreto. Este estudo serviu para conhecer as condições de emergência da leitura de imagens e textos, as regras que presidem seu surgimento, seu funcionamento e suas mudanças.

Também não objetivamos levar os conceitos da Semiótica Social ao conhecimento dos sujeitos da pesquisa. Ao utilizarmos esses conceitos na discussão em grupo, buscamos conhecer na prática o uso dos recursos semióticos que fundamentam a comunicação.

A profusão de imagens, inclusive nos materiais educativos, chama a nossa atenção para a necessidade de aprendermos a ler, ou seja, a decodificar essas mensagens. Daí a importância da teoria semiótica para a análise dos textos/imagens, como uma forma de entender melhor esse meio de comunicação e explorá-lo com maior atenção. Dessa forma, pela análise do conteúdo visual e pela análise semiótica dos materiais descrevemos o que poderia ser dito e feito por meio das mensagens, como os sujeitos poderiam compreender as mensagens e os recursos que compõem esta comunicação. Explicitamos como textos e imagens de materiais educativos organizam gestos de interpretação que inter-relacionam sujeitos e sentidos.

Entretanto, comprovamos que a produção de significados não é controlável, pois surgiram leituras diferentes com relação às produzidas pelos pesquisadores. Isso era totalmente esperado e aconteceu porque o leitor articula a imagem com seu vocabulário cultural, onde a imagem é inteiramente ultrapassada pelo sistema de sentido. Dentro desse sistema de sentido, diversos elementos fizeram parte da significação, tais como: objetivos da leitura; conhecimentos prévios; experiências; valores; condições da leitura (intertextualidade, interdiscursividade e situação particular da leitura); etc.

Desta forma, observamos que os dados coletados nesta pesquisa estiveram muito contextualizados ao ambiente social de onde surgiram. Trabalhar com grupos de discussão

permitted capturing the social space of language within the discursive situation, enabling subjects a debate through the “speech” about the meanings produced during the reading, where they presented their concepts, daily practices, expectations, impressions and conceptions about the educational materials.

Consequently, it was possible to understand better the differences and proximities existing between what people say and what they do in what refers to communication in health education with Diabetes. However, the meanings that were produced represent only a part of what is possible, since each reader makes his meanings in a particular way and in each reading new meanings arise.

Even if text/image leads the reader to meanings, making with what he deviates from some and assimilates others, it does not represent a kind of barrier that limits the proliferation of meanings. The producer does not have the power to control the possible projections of the meanings of the text/image.

At the same time, the production of meanings is not free nor individual, since readers suffer and share, with others, some impositions. We observe that the meanings of the messages were not constructed in an exclusively individual way, but in a process of collective negotiation and relations of force within a discursive space, where practices, values and cultural norms influenced and, many times, determined the production of meanings.

In determined situations, some subjects coerced others to impose their rules and limits within the group, delimiting what could or could not be said. In this way, the speech of the subjects represented a part of the social functioning of the context, through which they repressed the production of meanings and reinforced the existing rules.

In this context of interaction, we identified forms of appropriation and of resistance in the reading process. In instilling resistance, the reader stood up to the message, controlling both the reading and the production of meanings, exercising power. We can say that resistance did not occur only in front of the materials, but it was also exercised in front of the producers of these.

We observe that the path that constituted text and image as a pragmatic unit began with the reading of the images. After the reading of these, the beginning of the reading of the text, which reinforces the importance of studies about images. However, we cannot say that the textual code does not have its importance, since it represented a part of the message as a whole, either complementing or repeating the meaning.

Dessa forma, identificamos que as imagens atraíram o leitor para se fazer significar, criando um pseudo-laço social entre leitor e imagens. Por sua vez, o leitor se dispôs a compreender a imagem atendendo ao pedido simbólico da imagem. Mesmo quando se instaurou o processo de resistência, houve produção de significados por parte de leitor.

Apesar de os materiais educativos representarem potentes veículos na educação em Diabetes, detectamos que, muitas vezes, eles não estavam adequados à clientela, pois alguns sujeitos não entenderam a mensagens transmitidas. Além disso, alguns materiais utilizavam uma linguagem científica e de difícil entendimento.

Esses fatos apontam que a comunicação por impressos na educação em Diabetes consiste na transmissão de conhecimentos com discurso unidirecional, como se os indivíduos diabéticos possuíssem déficits cognitivos que precisassem ser corrigidos ou preenchidos pelos materiais educativos. Nesse modelo, busca-se transmitir informações unilateralmente definidas como relevantes, sem estudos prévios para elaboração do material e sem estudos de recepção posterior.

Foram raras as iniciativas na educação em Diabetes que abriram espaço para discussão e deram voz aos sujeitos pela a negociação de sentidos. Dessa forma, a comunicação por materiais impressos na Educação em Diabetes representa próteses comunicativas que substituem os atos de fala dos profissionais de saúde.

Isso demonstra a necessidade de mudanças urgentes no modelo de assistência e nas práticas educativas, impressas ou não, para a promoção da saúde e da cidadania. Torna-se necessária a adequação do material para o público destinado, procurando conhecer seus interesses, propósitos, necessidades e linguagem, valorizando seu conhecimento. Além disso, é preciso instaurar o diálogo, pois é pelo diálogo que os seres humanos constroem seu mundo, refazendo o que já existe e projetando um futuro que está por realizar-se. À medida que os materiais educativos se portam como lugares de interlocução, os sujeitos poderão construir e/ou modificar suas práticas e realidade. Uma prática educativa que nega ou atrofia o potencial dialógico da existência humana constitui uma negação do próprio homem.

É importante ressaltar que, na opinião dos pesquisadores, nem toda prática do modelo biomédico deva ser abandonada, mas ela deve ser aplicada somente nos casos onde são plausíveis e necessárias. Por exemplo, para identificar uma doença de difícil diagnóstico, às vezes é preciso um médico especialista num determinado assunto para favorecer a diagnose. Entretanto, isso não se aplica aos atendimentos da saúde de uma forma geral, principalmente na Educação em Saúde.

Sendo assim, no âmbito da comunicação por impressos na educação em Diabetes, identificamos a necessidade da abertura de espaços para a participação da população numa construção compartilhada de conhecimentos, por meio de um discurso bidirecional e da valorização de diferentes saberes: técnico-científico e popular. Os indivíduos devem ser respeitados como seres humanos dotados de valores, vontades e autonomia para decidir sobre sua própria vida, além de possuir individualidades e particularidades que influenciam e interferem no seu processo saúde-doença.

A estratégia de utilização de impressos como mediação vem oferecendo bons resultados ao favorecer a inclusão da clientela na produção de conhecimentos, facilitando a problematização da realidade. (KELLY-SANTOS, 2003; KELLY-SANTOS, ROZEMBERG, 2005; KELLY-SANTOS, ROZEMBERG, 2006; VASCONCELLOS-SILVA PR, RIVIERA FJU, ROZEMBERG, 2003).

Recomenda-se não somente a inclusão dos pacientes nos trabalhos, mas também a criação de espaços para reflexão e compartilhamento de conhecimentos entre profissionais e clientela, abrindo múltiplas frentes de compartilhamento de conhecimentos. As informações escolhidas para compor um material educativo devem favorecer elementos para tomada de decisões, em detrimento das prescrições de padrões de comportamentos. Nesta concepção, entendemos que o cliente é potencialmente criativo e sensível e que o processo de educar-cuidar deve ocorrer em uma relação horizontal, dialógica, recíproca e verdadeiramente humana.

A visão dos materiais educativos não deve ser generalista, tendo uma preocupação distributiva, assim com a prática educativa não é. A linguagem adequada é aquela que está dentro da realidade do indivíduo, por isso, é imprescindível a segmentação do público para alcançar bons resultados no uso destes materiais. Consequentemente, a abordagem será mais apropriada e conseguirá propor práticas possíveis e realizáveis dentro da realidade e do contexto do leitor, levando em consideração os aspectos sócio-histórico, econômico e social.

Esta pesquisa se limitou a analisar uma pequena mostra de materiais impressos da educação em Diabetes e relacioná-los a leitura dos sujeitos. Para que ela fosse mais abrangente, um número bem mais extenso de materiais deveria ser estudado e um maior número de leitores ouvidos. Acreditamos ser importante realizar um maior número de pesquisas na área da educação por materiais educativos, para que novos questionamentos sejam levantados e respondidos.

Esperamos que este trabalho possa contribuir chamando a atenção de profissionais e produtores para esse universo de imagens e textos cada vez mais presente no material

educativo, ressaltando para a devida elaboração e implementação destes, motivando-os à interação e comunicação com a clientela.

REFERÊNCIAS

AMARAL, S. M. **Alicerce semiótico visando autonomia de leituras**. Disponível em: <http://www.filologia.org.br/anais/anais%20iv/civ12_1.htm>. Acesso em: 06 Ago. 2008.

ANDRADE, I.B. **O discurso do professor de ciências sobre leitura: um olhar do espaço da biblioteca**. 2003. (Dissertação de Mestrado)–Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

ASSIS, M. **Da Hipertensão à Vida: por uma práxis comunicativa na educação e saúde**. 1992. (Dissertação de Mestrado)–IMS, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE DIABETES (ADA). **Guia completo sobre Diabetes**. Rio de Janeiro: Anima, 2002.

_____. Diagnoses and classification of Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, v. 31, n. 1, p. 55-60, 2008.

BACCEGA, M.A. **Palavra e discurso: história e literatura**. São Paulo: Ática, 1995.

BARTHES, R. **O óbvio e o obtuso**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BATISTA, A.A.G.; GALVÃO, A.M.O. Práticas de leitura, impressos, letramentos: uma introdução. In: BATISTA, A.A.G.; GALVÃO, A.M.O. (orgs) **Leitura: práticas, impressos, letramentos**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

BELL, P. Content Analysis of Visual Images. 2001. In: VAN LEEUWEN, T; JEWITT, C. **Handbook of Visual Analysis**. London: SAGE, 2007.

BECKER, D. et al. *Empowerment* e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 655-667, 2004.

BRANCO, G.C. As resistências ao poder em Michael Foucault. **Trans/Form/Ação**. São Paulo, v. 24, p. 237-248, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Censo de Diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 1988.

_____. Secretaria de assistência à Saúde. **Educação e Saúde: orientações básicas para o diabético**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1993.

_____. **Guia de produção e uso de materiais educativos**. Brasília: Coordenação Nacional de DST/AIDS, 1998.

_____. **Plano de Reorganização de Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**. Manual de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. **Avaliação do Plano de Reorganização da Atenção a Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Projeto de educação permanente em DM e HAS dirigida a profissionais que atuam na rede básica de serviços de saúde dos municípios com mais de 100 mil habitantes**. 2004b. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/capacitacao_28_11_05.pdf>. Acesso em: 07 Nov. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Saúde de adolescentes e jovens: conjuntos de aulas interativas sobre tópicos selecionados**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/multimedia/adolescente/principal.swf>>. Acesso em: 08 Nov. 2008.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica à Diabetes Mellitus**. n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Portaria GM nº 2.583**, de 10 de outubro de 2007.

_____. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e educação na saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

CAMARGO, B.V., BARBARÁ, A. Efeitos de panfletos informativos sobre a AIDS em adolescentes. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Santa Catarina, v. 20, n. 3, p. 279-287, set./dez. 2004.

CARVALHO, F. F. **Sistêmica e mídia**: o significado da composição na primeira página dos jornais estado de Minas e Super Notícia. 33rd International Systemic Functional Congress

2006. Disponível em: <http://www.pucsp.br/isfc/proceedings/Artigos%20pdf/03n_carvalho_78a87.pdf>. Acesso em: 06 Ago. 2008.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. **National diabetes fact sheet: general information and national estimates on diabetes in the United States, 2003.** Rev ed. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, 2004.

COSTA, C. **Educação, imagem e mídias.** v. 12. São Paulo: Cortez, 2005.

DALL'AGNOL, C.M.; TRENCH, M.H. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. **Rev gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 5-25, jan., 1999.

DESCARDECI, M.A.A.S. Ler o mundo: um olhar através da Semiótica Social. **ETD – Educação Temática Digital**, Campinas, v.3, n.2, p.19-26, jun., 2002. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=1228>>. Acesso em: 06 Ago. 2008.

DIAS, C.A. **Grupo focal:** técnicas de coleta de dados em pesquisas qualitativas. Disponível em: <<http://gustavogamorim.googlepages.com/Grupofocal.pdf>>. Acesso em: 27 Ago. 2008.

DUARTE, R. **Cinema & Educação.** Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

ERNANI, T. **Curso prático de língua, literatura e redação.** São Paulo: Scipione, 1997.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES. **International curriculum for diabetes health professional education.** Bruxelas: IDF, 2008. Disponível em: <<http://www.idf.org/home/index.cfm?unode=53C34AE1-EA02-48F8-B939-FA877DA007F4>>. Acesso em: 16 Fev. 2009.

FERREIRA, S.P.A., DIAS, M.G.B.B. Compreensão de leitura: estratégias de tomar notas e da imagem mental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa.** v. 18, n. 1, p. 51-62, jan./abr., 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v18n1/a07v18n1.pdf>>. Acesso em: 27 Mai. 2009.

_____. A leitura, a produção de sentidos e o processo inferencial. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 9, n. 3, p. 439-448, set./dez., 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v9n3/v9n3a11.pdf>>. Acesso em: 27 Mai. 2009.

FIGUEIREDO, M.D. **Saúde mental na atenção básica**: um estudo hermenêutico-narrativo sobre o apoio matricial na rede SUS-Campinas. 2006. (Dissertação de Mestrado)– Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FOUCAULT, M. Prefácio à transgressão. *In*: MOTTA, M.B. (Org.). **Ditos & escritos**. Rio de Janeiro: Forense, 2006.

_____. **A ordem do discurso**. 17. ed. Tradução de Laura Fraga de Almeida Sampaio. São Paulo: Loyola, 2008.

FRADE, I.C.A.S. Revistas pedagógicas: qual é a identidade do impresso? *In*: BATISTA, A.A.G.; GALVÃO, A.M.O. (orgs) **Leitura: práticas, impressos, letramentos**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2002.

FRANCIONI, F.F.; SILVA, D.M.G.V. O processo de aceitação do viver com Diabetes Mellitus: considerações sobre a influência do meio ambiente. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 36-43, set./dez., 2002.

FREEMANTLE, N. et al.. Printed educational materials: effects on professional practice and health care outcomes. **Cochrane Database Syst Rev**, v. 2, 2000.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

_____. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2002.

FREITAS, F.V.; SABÓIA, V.M. Vivências de adolescentes diabéticos e contribuições da prática educativa da enfermeira. **Rev Enferm UERJ**, v. 15, n. 4, p. 569-573, set./dez., 2007.

GATTI, B.A. **Grupo focal na pesquisa em ciências sociais e humanas**. Brasília: Líber Livro, 2005.

GRIPPO, M.L.V.S., FRACOLLI, L.A. Avaliação de uma cartilha educativa de promoção ao cuidado da criança a partir da percepção da família sobre temas de saúde e cidadania. **Rev. Esc. Enferm USP**, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 430-436. 2008.

HILL-BRIGGS, F. et al.. Development and Pilot Evaluation of Literacy-Adapted Diabetes and CVD Education in Urban, Diabetic African Americans. **J Gen Intern Med.**, v. 23, n. 9, p.1491-1494, set., 2008.

HODGE, R. & KRESS, G. **Social Semiotics**. Orford: Polity Press, 1988.

JEWITT, C. & OYAMA, R. Visual Meaning: a Social Semiotic Approach. *In*: VAN LEEUWEN, T; JEWITT, C. **Hand Book of Visual Analysis**. Londres: Sage, 2001.

KELLY-SANTOS, A. **Análise do processo comunicativo mediado por impressos: o ponto de vista dos atores dos Programas de Saúde do Trabalhador**. 2003. (Dissertação de Mestrado)– Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

_____; ROZEMBERG, B. Comunicação por impressos na saúde do trabalhador: a perspectiva das instâncias públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n. 4, p. 929-938, 2005.

_____; ROZEMBERG, B. Estudo de recepção de impressos por trabalhadores da construção civil: um debate das relações entre saúde e trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 975-985, mai., 2006.

KRESS, G; VAN LEEUWEN, T. **Reading Images: The grammar of Visual Design**. London: Routledge, 1996.

KUBOTA, N. et al. Avaliação de material educativo: adequação de quatro volantes sobre alimentação da criança de 0 a 12 meses de idade. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 14, p. 101-122, 1980.

LEFÈVRE, F. Análise de cartazes sobre esquistossomose elaborados por escolares. **Rev. Saúde públ.**, São Paulo, v. 14, p. 396-403, 1980.

LEOPARDI, M.I. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEVY, S.S. et al. **Educação em saúde: histórico, conceitos e propostas**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 23 Out. 2007.

LIMA, V.L.G.P. et al. Análise da eficácia de programas sociais de promoção da saúde realizados em condições macro-estruturais adversas. ABRASCO, **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 9, n. 3, jul./set., 2004. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.ora/confaust.htm>>. Acesso em: 29 Jan 2009.

LUZ, Z.M.P. et al. Evaluation of informative materials on leishmaniasis distributed in Brazil: criteria and basis for the production and improvement of health education materials. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 561-569, mar./abr., 2003.

MARCONI, M.A.; LAKATOS, E.M. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARCUSCHI, L.A. Leitura e compreensão de texto falado e escrito como ato individual de uma prática social, 1985. *In*: ZILBERMAN, R.; SILVA, E.T. (org.). **Leitura: perspectivas interdisciplinares**. São Paulo: Ática, 1988.

MELO, J.M. Comunicação social: da leitura à leitura crítica. *In*: ZILBERMAN, R.; SILVA, E.T. (org) **Leitura: perspectivas interdisciplinares**. São Paulo: Ática, 1988.

MINAYO, M.C.S. (org) et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1999.

MINICUCCI, W.J. **Cuidados para os pés para quem tem diabetes: passo a passo para uma vida saudável**. 2008 - Sociedade Brasileira de Diabetes. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/apresentacoes/Diversas/videoMinicucci.php>>. Acesso em: 3 Jun. 2009.

MONTES, M.C.A.S.; CONTRERAS, F.T.; RODRIGUEZ, F.G. **Unidade de aprendizagem por competências**. 2006. (Tese de Conclusão de Curso em Licenciatura)–Universidade de Guadalajara, Centro Universitário del Sul, Guadalajara, 2006.

MOREIRA, M.F., SILVA, M.I.T. Readability of the educational material written for diabetic patients. **Online Braz J. Nurs**, v. 4, n. 2, ago. 2005. Disponível em: <www.uff.br/nepae/objn402moreiraetal.htm>. Acesso em: 10 Fev. 2009.

NETO, O.C.N.; MOREIRA, M.R.; SUCENA, L.F.M. **Grupos Focais e Pesquisa Social Qualitativa: o debate orientado como técnica de investigação**. Trabalho apresentado no XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, Ouro Preto, 2002. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_JUV_PO27_Neto_texto.pdf>. Acesso em: 30 Ago. 2008.

NOVELINO, M. O. **Fotografias em livro didático de inglês como língua estrangeira: análise de suas funções**. Rio de Janeiro: PUC, Departamento de Letras, 2007. Disponível em:

<http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0510557_07_cap_03.pdf>. Acesso em: 06 Ago. 2008.

ODIN, R. A Questão do público: uma abordagem semiopragmática. *In*: RAMOS, F. (org). **Teoria Contemporânea do Cinema**. v. 2. São Paulo: Senac, 2005.

OLIVEIRA, J.E.P. LERÁRIO, A.C. **Visão geral dos antidiabéticos orais tradicionais: secretagogos, inibidores da alfa glicosidade e sensibilizadores de insulina**. 2008. Módulo 4. Disponível em: <<http://www.diabetesbook.org.br/capitulo/visao-geral-dos-antidiabeticos-orais-tradicionais-secretagogos-inibidores-da-alfa-glicosidase-e-sensibilizadores-de-insulina/>>. Acesso em: 3 Jun. 2009.

OLIVEIRA, V.C. Educação, comunicação e tecnologia educacional: interfaces com o campo da saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. v. 5, n. 2, p. 339-344, 2007.

OLIVEIRA, V.L.B. et al. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 287-293, abr./jun., 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Prevalence of diabetes worldwide**. Disponível em: <http://www.who.int/diabetes/facts/world_figures/en>. Acesso em: 4 Set. 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Ação já contra o Diabetes**. Uma iniciativa da Organização Mundial de Saúde e da Federação Internacional de Diabetes, 2005. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/sistema/fotos/diabetes.pdf>>. Acesso em: 4 Set. 2008.

ORLANDI, E.P. A produção da leitura e suas condições. *In*: **Leitura: Teoria e Prática**, n. 1, Porto Alegre, 1983.

_____. O inteligível, o interpretável e o compreensível. *In*: ZILBERMAN, R.; SILVA, E.T. (org) **Leitura: perspectivas interdisciplinares**. São Paulo: Ática, 1988.

_____. A leitura proposta e os leitores possíveis. *In*: ORLANDI, E.P. **A leitura e os leitores**. Campinas: Pontes, 1998.

_____. **Discurso e leitura**. 6. ed. São Paulo: Cortez; Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2001a.

_____. **Interpretação: autoria, leitura e efeitos do trabalho simbólico**. Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2001b.

_____. **Análise do Discurso: princípios e procedimentos**. 5. ed. Campinas: Pontes, 2003.

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIABETES (NDEP). **New beginnings: a discussion guide for living well with Diabetes**. 2005. Disponível em: <<http://www.ndep.nih.gov>>. Acesso em: 10 jan. 2009.

RIBEIRO, P.J. et al. Programa educativo em esquistossomose: modelo de abordagem metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v. 38, n. 3, p. 415-421, 2004.

RODRÍGUEZ, C. Sentido, interpretação e história. *In*: ORLANDI, E.P. **A leitura e os leitores**. Campinas: Pontes, 1998.

ROZEMBERG, B.; MINAYO, M.C.S. A experiência complexa e os olhares reducionistas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 115-126, 2001.

ROZEMBERG, B.; SILVA, A.P.P.; VASCONCELLOS-SILVA, P.R. Impressos hospitalares e a dinâmica de construção de seus sentidos: o ponto de vista dos profissionais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p. 1685-1694, nov./dez., 2002.

SABÓIA, V.M. **A mão dupla do poder**. Niterói: EdUFF, 1997.

_____. **Educação em Saúde: a arte de talhar de pedras**. Niterói: Intertexto, 2003.

SANTANA, M.G. **O corpo do ser diabético: significados e subjetividades**. Pelotas: Universitária/UFPel; Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

SANTOS, J. & WESTPHAL, M. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde, in **Estudos Avançados**. São Paulo, v.13, n. 35, 1999.

SASSO, G.T.M.D.; SOUZA, M.L. A simulação assistida por computador: a convergência no processo de educar-cuidar da enfermagem. **Texto Contexto Eferm**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 231-239, abr./jun., 2006.

SCHALL, V.T.; STRUCNHINER, M. Educação em Saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?>

script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000600001& lng =pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 Ago. 2008.

SCLIAR, M. História do conceito de Saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**. v. 17, n.1, p. 29-41, 2007.

SILVA, D.M.G.V. **Narrativas do viver com Diabetes Mellitus**: experiências pessoais e culturais. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SILVA, H.C. Lendo imagens na educação científica: construção e realidade. **Pro-Posições**, v. 17, n. 1, jan./abr., 2006.

SILVEIRA, F.J.N., MOURA, M.A. A estética da recepção e as práticas de leitura do bibliotecário-indexador. **Perspectiva em Ciência da Informação**, v. 12, n.1, p. 123-135, jan./abr., 2007.

SMELTZER, S.C.; BARE B.G. **BRUNNER & SUDDARTH**: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 10. ed, v. 2. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Consenso Brasileiro sobre Diabetes**: diagnóstico e classificação do Diabetes Mellitus e tratamento do Diabetes Mellitus Tipo 2. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2002.

_____. Membros do Departamento de Enfermagem da SBD. **Aplicação de insulina – aspectos importantes na aquisição do produto, do preparo até a efetiva aplicação**, 2007. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/Colunistas/Enfermagem_atual/index.php?id=1272>. Acesso em: 3 Jun. 2009.

_____. **E-Book Diabetes na prática clínica**. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/indice/>>. Acesso em: 10 Out. 2008.

SOLÉ, I. **Estratégias de leitura**. Tradutora: Cláudia Schilling. 6. ed. Porto Alegre: Art Med, 1998.

SOPHIA, D. Os homens se educam entre si, mediatizados pelo mundo. *In*: **RADIS TEMA**, n. 21, nov./dez., 2001.

SOUZA, K.R. et al. O desenvolvimento compartilhado de impressos como estratégia de educação em saúde junto a trabalhadores de escolas da rede pública do Estado do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 495-504, mar./abr., 2003.

STAM, R. et al. **Nuevos conceptos de la teoría del cine**. Buenos Aires: Paidós, 2000.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.

VAN LEEUWEN, T.V. **Introducing Social Semiotics**. New York: Routledge, 2005.

_____; JEWITT, C. **Hand Book of Visual Analysis**. Londres: Sage, 2001.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R., RIVERA, F.J.U., ROZEMBERG, B. Próteses de comunicação e alinhamento comportamental sobre impressos hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 4, p. 531-542, 2003.

VASCONCELLOS-SILVA, P.R., RIVERA, F.J.U. CASTIEL, L.D. Comunicação instrumental, diretiva e afetiva em impressos hospitalares. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1667-1679, nov./dez., 2003.

VELLOSO, L.; NETTO, A.P. **Fisiologia e fisiopatologia das células beta: implicações clínicas e terapêuticas**. 2008. Módulo 1. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/capitulo/fisiologia-e-fisiopatologia-das-celulas-beta-implicacoes-clinicas-e-terapeuticas/>>. Acesso em: 3 Jun. 2009.

WESTPHAL, M.F., BÓGUS, C.M., FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, v. 120, n. 6, p. 472-481, 1996.

APÊNDICES

APÊNDICE A – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Questões para obter dados de identificação dos participantes possibilitando selecionar os participantes dos grupos de discussão:

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Ano de Nascimento: _____

Sexo: Feminino () Masculino ()

Estado Civil: Solteiro () Casado () Divorciado () Viúvo () Outros: _____

Profissão: _____

Escolaridade: _____

Tipo de Diabetes: Tipo 1 () Tipo 2 () Outros: _____

Tempo de diagnóstico: _____

Tipo de Tratamento: Insulina() Remédios Orais() Dieta alimentar() Atividade Física()

Faz automonitorização: Não () Sim () Quantas vezes ao dia: _____

Tempo que frequenta o Grupo dos Diabéticos: _____

Local de residência: _____

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DO PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO

Primeira parte = análise do conteúdo

1. No último encontro vocês responderam algumas perguntas onde deu para notar que vocês possuem muito tempo de diagnóstico de diabetes, alguns com 9, 10 outros com 16, 20 e 40 anos. Nesses anos de vivência com Diabetes, vocês já receberam materiais impressos falando de Diabetes?

2. Alguém já perguntou qual era a opinião de vocês sobre o material?
Vocês acham que eles são úteis? De que forma?
Discussão geral livre.

3. Então é isso que proponho que façamos hoje.
Eu trouxe alguns materiais para observarmos mais de perto. Vamos analisar primeiro os textos do material.

Após leitura em grupo do cartaz da mulher, questionar:

1. O que o material discute?
2. O título do material está de acordo com a temática abordada?

Vamos ver se nos recordamos das informações do cartaz

1. O que é Diabetes?
2. Quais os tipos de Diabetes?
3. Qual a diferença entre Tipo 1 e Tipo 2?
4. O que é insulina?
5. Qual a função da insulina?
6. Quais são os problemas de saúde a longo prazo?

Questionar se eles entendem os desenhos científicos no fim do cartaz.

Agora vamos ler esse cartaz (do menino explicando sobre diabetes).

De acordo com este cartaz:

1. O que é Diabetes?
2. Quais os tipos de Diabetes?
3. Qual a diferença entre Tipo 1 e Tipo 2?
5. Qual a função da insulina?
6. Os sinais e sintomas do Diabetes Tipo 1 são diferentes do Diabetes Tipo 2?
7. Quais são os elementos do tratamento do Diabetes?

1. No entendimento de vocês, existe alguma diferença entre esses dois cartazes? Qual?
2. A linguagem do texto é compreensível e adequada? Por quê?
3. Existe algum trecho do texto que não foi entendido? Qual?
4. O que os produtores desses materiais desejavam passar na opinião de vocês?

Segunda parte = análise das imagens

Agora vamos analisar as imagens dos materiais. Vamos nos dividir em dupla ou trio para responder algumas poucas perguntas sobre diferentes materiais.

Se der tempo, vamos fazer um rodízio.

Apresento os materiais (cartaz da metáfora, cartaz da mulher, folder de bem com a vida, um comercial)

Separo-os em dupla ou trio e deixo um material para cada grupo.

1. Primeiro vamos olhar para o material, ler o texto, ver as imagens, e depois responder as perguntas.

Questionário (disponibilizado também no Apêndice C):

1. Descreva com suas palavras o que as imagens neste impresso nos mostram.
2. Quem são os personagens desse impresso? Eles possuem algo em comum com vocês? O que?
3. O que as imagens falam de você? E o que não falam?
4. O que os personagens fazem nas imagens?
5. As imagens ajudam a entender o texto? De que forma?
6. As cores diversificadas e as imagens são atrativas e bem organizadas, ou sobrecarregam a leitura levando à distração?

2. Após responder as perguntas, vamos ler o que escrevemos e discutirmos. Usar idéias da análise semiótica nessa discussão.

CONCLUSÃO:

1. Qual sua opinião final sobre os materiais após essas análises que fizemos?
2. Quais sugestões vocês dariam a fim de melhorar esses materiais?

AO FINAL DA SESSÃO = 1-2 minutos para cada participante manifestar suas impressões sobre o evento.

APÊNDICE C – INSTRUMENTO DO PRIMEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO

Questionário entregue aos grupos menores para análise das imagens nos materiais.

1. Descreva com suas palavras o que as imagens neste impresso nos mostram.

2. Quem são os personagens desse impresso? Eles possuem algo em comum com vocês? O que?

3. O que as imagens falam de você? E o que não falam?

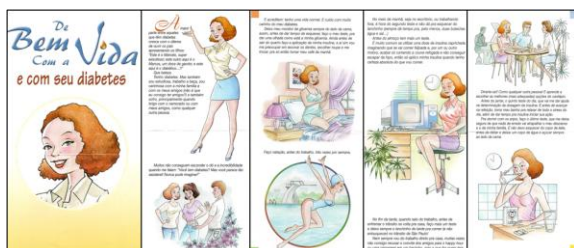
4. O que os personagens fazem nas imagens?

5. As imagens ajudam a entender o texto? De que forma?

6. As cores diversificadas e as imagens são atrativas e bem organizadas, ou sobrecarregam a leitura levando à distração?

APÊNDICE D – INSTRUMENTO DO SEGUNDO GRUPO DE DISCUSSÃO

As imagens que aparecem no roteiro servem para facilitar a leitura pelo pesquisador, mas durante as discussões foram utilizados os próprios materiais.



Sobre o que fala este material?

O que as imagens neste impresso nos mostram?

Quem são os personagens desse impresso? Eles possuem algo em comum com vocês? O que?

As imagens ajudam a entender o texto? De que forma?

O que as imagens falam de você? E o que não falam?

Vamos descrever qual é o percurso da leitura que vocês fazem: o que vocês lêem primeiro: as imagens, o título?

Começam por onde?

A leitura das imagens substitui/reduz a leitura dos textos?

Eles chegam a esgotar (ter todo o texto) ou terminam antes?

A leitura vai e vem ou ela segue linearmente a ordem do texto?

As cores diversificadas e as imagens são atrativas e bem organizadas, ou sobrecarregam a leitura levando à distração?

Vamos agora analisar cada imagem com mais detalhe:

Na capa do folder, vocês se sentem próximo ou distante desta personagem?

Por quê?

Na 2ª página, imagem superior, a postura dessa personagem sugere alguma coisa?

Para quem ela está olhando?

E desta personagem, vocês se sentem próximo ou distante dela?

Na 2ª página, imagem inferior, o que acontece nessa imagem?

Qual deles possui Diabetes?

Vocês acreditam que alguma coisa esteja conectando estes sujeitos, relacionando-os entre si?

Quem possui o papel principal nesta imagem? (Papel ativo)

E quem é o “alvo” deste personagem principal? (Papel passivo)

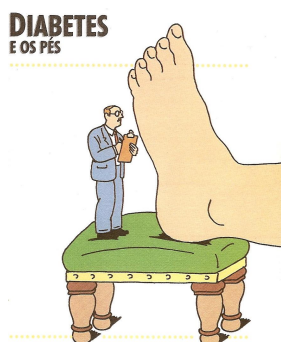
Pelo olhar e gestos, o que aparenta que a mulher do meio deseja?

Nas páginas 3 e 4 do folder, o que chama a atenção de vocês nestas duas imagens?
Que mensagem elas tentam transmitir?

Na 5ª página do folder, imagem superior, o que ocorre nessa cena?
Quem possui o papel principal na cena?
Quem é o “alvo” dessa personagem principal?
Para que ou para quem o homem está olhando?
Vocês acham que os personagens se colocam próximo ou distante de vocês?

Na 5ª página, imagem inferior, o que ela faz nesta imagem?
Nesta imagem dá para saber para onde ou para o quê a mulher está olhando?
Vocês acham que a personagem se coloca próxima ou distante de vocês?

Vamos agora ver imagens de outros materiais:



Olhando toda a imagem, tem alguma coisa incomum?
O que este homem à esquerda representa?
Qual o significado do pé enorme em cima da poltrona junto com o personagem?



O que esta imagem representa?
Que mensagem tentam transmitir?



O que vemos nesta imagem?
Que mensagem tenta transmitir?



O personagem desta estabelece algum contato com vocês?
Qual a mensagem tenta transmitir?
Esta mensagem é agradável ou não?
Ele se coloca próximo ou distante de vocês?

CONCLUSÃO:

1. Qual sua opinião final sobre os materiais após essas análises que fizemos?
2. Quais sugestões vocês dariam a fim de melhorar esses materiais?

AO FINAL DA SESSÃO = 1-2 minutos para cada participante manifestar suas impressões sobre o evento.

APÊNDICE E – INSTRUMENTO DO TERCEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO

As imagens que aparecem no roteiro servem para facilitar a leitura pelo pesquisador, mas durante as discussões foram utilizados os próprios materiais.



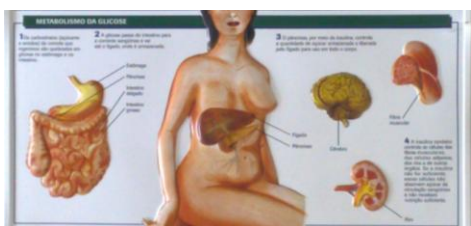
Sobre o que falam estes cartazes?
 Existe alguma diferença entre eles? Quais?

Analizando o primeiro cartaz:

- Quem é a personagem desse cartaz? Ela possui algo em comum com vocês? O que?
- O que as imagens falam de você? E o que não falam?
- As imagens ajudam a entender o texto? De que forma?
- Vamos descrever qual é o percurso da leitura que vocês fazem: o que vocês lêem primeiro: as imagens, o título?
- Começam por onde?
- A leitura das imagens substitui/reduz a leitura dos textos?
- Eles chegam a esgotar (ter todo o texto) ou terminam antes?
- A leitura vai e vem ou ela segue linearmente a ordem do texto?
- As cores diversificadas, as linhas divisórias e as imagens são atrativas e bem organizadas, ou sobrecarregam a leitura levando à distração?



Nesse primeiro quadrado, vocês conseguem identificar o que são essas imagens?



Nesse segundo quadrado, qual a relação da mulher no centro e os desenhos ao redor?
Vocês conseguem identificar o que são os desenhos ao redor?

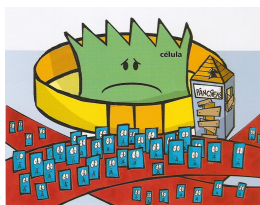


E estes desenhos pequenos em quadrinhos, vocês identificam o que são cada um deles?
(detalhar cada um)

Analizando o segundo cartaz:



- O que vocês acham que significa esse desenho?
- O que vocês acham que representa o desenho do pâncreas?
- O que representa esta tarjeta vermelha?
- O que as insulinas representam nesta imagem?
- Qual o aspecto da célula?
- Vocês acham que isso parece uma célula?
- Quer dizer que no organismo do diabético falta uma porção de guardinhas?
- Porque vocês acham que cada elemento da imagem está identificado?



O que acontece nesse desenho? Por quê?
 No que ele é diferente do anterior?
 O que aconteceu com o pâncreas?
 O que acontece quando não temos insulina no sangue?
 Qual o aspecto da célula?
 Como as glicoses aparentam estar no sangue?



O que acontece de diferente neste desenho?
 O que aconteceu com o pâncreas?
 Como as insulinas estão representadas?
 Qual é o aspecto das glicoses no sangue?
 Qual o aspecto da célula?



O que ocorre nessas cenas?
 Qual a diferença entre elas?

Analisando a primeira imagem, vocês conseguem identificar uma característica comum presente nos desenhos para descrever os sinais e sintomas do DM1?

O menino conseguiria beber uma piscina d'água porque sente muita sede?

Ele conseguiria urinar tanto para transbordar o vaso? Ou comer um prato maior que ele mesmo?

E analisando a segunda imagem, o que os personagens representam?

Vocês apresentaram estes sintomas no momento de diagnóstico do seu diabetes?



O que representam essas imagens no final do cartaz?

Analizando os dois cartazes juntos:

Vocês acham esses desenhos fáceis de entender?

Estes tipos de desenhos lhes agradam?

Agora vamos analisar este folder:



Do que o folder aborda?

Também fala sobre diabetes, mas possui alguma diferença com relação aos outros dois cartazes?

Quem são os personagens desse impresso? Eles possuem algo em comum com vocês? O que? O que os personagens fazem nas imagens?

CONCLUSÃO:

1. Qual sua opinião final sobre os materiais após essas análises que fizemos?
2. Quais sugestões vocês dariam a fim de melhorar esses materiais?

AO FINAL DA SESSÃO = 1-2 minutos para cada participante manifestar suas impressões sobre o evento.

APÊNDICE F – TCLE DO HUCFF

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**Leitura dos materiais educativos usados com leitores/sujeitos na educação em
Diabetes: um olhar por meio da Semiótica Social**

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Leitura dos materiais educativos usados com leitores/sujeitos na educação em Diabetes: um olhar por meio da Semiótica Social”, desenvolvida pelo Laboratório de Vídeo Educativo do Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde – NUTES/UFRJ.

Estas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa investigar quais são as práticas de leitura e os possíveis efeitos que os materiais educativos utilizados na educação em Diabetes provocam nos seus leitores.

Estão previstos que aconteçam 2 encontros, que consistirão em uma reunião com o grupo de diabéticos e uma enfermeira, como ocorre normalmente em todas as reuniões nas sextas-feiras. Esta enfermeira estará abordando um tema que se refere ao Diabetes e será escolhido por você e os outros participantes, podendo utilizar alguns materiais educativos para informar sobre o assunto. Caso tenha alguma dúvida sobre o assunto, você poderá escrevê-la no papel e nos entregar antes ou no dia da reunião. Nestes encontros, serão aplicados questionários simples e de múltipla escolha antes e após a reunião do grupo. Duas semanas após este encontro, o questionário será novamente aplicado. Os possíveis riscos desta pesquisa ocorrem na criação de conhecimentos que levem a entender ou aliviar um problema que afete o bem-estar de outros. Um desconforto que pode estar associado é o fato de falar em público sobre o assunto da pesquisa durante a discussão entre o grupo. Os benefícios esperados são as contribuições na sua vivência com o Diabetes, ajudando na superação de dificuldades cotidianas, e a ampliação de seus conhecimentos acerca desta doença.

Será mantido o caráter confidencial das informações geradas e da sua privacidade. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum deles. É garantido o esclarecimento de qualquer dúvida em qualquer etapa do estudo. Para sanar eventuais dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com a pesquisa ou com o tratamento individual, você poderá contatar o pesquisador responsável que pode ser encontrado por meio dos telefones: 2521-8635 / 2562-6357 / 9973-1312. Se você tiver alguma consideração ou alguma dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Sala 01D-46, 1º andar, telefone: 2562-2480, e-mail: ccp@hucff.ufrj.br.

Você não terá nenhuma despesa pessoal em qualquer fase do estudo. Também não haverá remuneração relacionada à sua participação. É garantido seu direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais da pesquisa que sejam do conhecimento dos pesquisadores. Também é garantido sua liberdade de não querer participar do projeto de pesquisa ou de retirar o consentimento a qualquer momento, no caso de aceitação, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição.

As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as informações obtidas de outros participantes, não sendo divulgado a identificação de nenhum deles. Os resultados da pesquisa somente serão de competência dos pesquisadores envolvidos no projeto e dos profissionais que possam vir a ter relacionamento de atendimento e/ou de cuidados com você. Não será permitido acesso a terceiros, garantindo proteção a qualquer tipo de discriminação. Os dados coletados serão utilizados somente para pesquisa e os resultados serão publicados em artigos científicos de revistas especializadas e/ou congressos.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim.

Eu discuti com Luiz Rezende e Fernanda de Freitas sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso a tratamento hospitalar quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido, ou no meu atendimento nesta Instituição.

Nome do participante da pesquisa

Data: ___/___/___

Assinatura do participante da pesquisa

Nome do pesquisador

Data: ___/___/___

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE G – TCLE DO HUAP**UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em participar da pesquisa de campo referente à pesquisa intitulada “**Leitura dos materiais educativos usados com leitores/sujeitos na educação em Diabetes: um olhar por meio da Semiótica Social**”, desenvolvida pelo Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Pesquisador responsável: LUIZ AUGUSTO C. DE REZENDE FILHO

Telefone para contato: 2521-8635 / 2562-6357 / 9973-1312

E-mail: luizresende.ufrj@gmail.com

Instituição: Universidade Federal do Rio de Janeiro

Unidade/Órgão: Laboratório de Vídeo Educativo/Núcleo de Tecnologia Educacional para a Saúde (NUTES)

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informado (a) dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é investigar a comunicação na educação em saúde com diabéticos mediados por materiais impressos.

Fui esclarecido (a) de que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Será mantido o caráter confidencial das informações, minha colaboração se fará de forma anônima, por meio do preenchimento de uma ficha de identificação e pela participação de um Grupo Focal com duração de 90 minutos, com gravação de áudio. O acesso e a análise dos

dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu(s) orientador (es) / coordenador (es). Fui informado (a) de que os resultados da pesquisa serão enviados a mim por e-mail.

Estou ciente de que obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar a minha vontade de continuar dele participando, e que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora responsável (ou seus orientadores), ou ainda o NUTES, situado no Centro de Ciências da Saúde, Bloco A - Sala 12, Ilha do Fundão - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21949-902. Tel.: (0XX21) 2270-5847.

Fui ainda informado (a) de que posso me retirar desse (a) estudo / pesquisa / programa a qualquer momento, sem sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos, da disponibilidade, por parte da Instituição, do tratamento médico a que terei direito em caso de danos diretamente causados por esta pesquisa; e que receberei respostas ou esclarecimentos acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados com minha participação nesta pesquisa.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Niterói, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DE APROVAÇÃO NO HUCFF



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Coordenador:

Alice Helena Dutra Violante
Médico - Prof. Associado

Secretário:

Zuzera Rodrigues da Silva
Professor

Membros Titulares:

Beatriz Maria Alasia de Heredia
Antropólogo - Prof. Associado

Carlos Henrique Fernandes Castelpoggi
Médico - Especialista

Eliza Regina Ambrosio
Assistente Social - Mestre

Helena Warzynsky
Representante dos Usuários

Luzia da Conceição de Araújo Marques
Enfermeiro - Mestre

Marco Antonio Alves Brasil
Médico - Professor Adjunto

Mario Teixeira Antonio
Farmacológico - Especialista

Nunimar Conceição Fernandes
Médico - Prof. Adjunto

Paulo Feijó Barroso
Médico - Prof. Assistente

Roberto Coury Pedrosa
Médico - Doutor

Membros Suplentes:

Anna Paola Trindade Rocha Pierucci
Nutricionista - Professor Auxiliar

Beatriz Moritz Trope
Médico - Doutora

Carlos Alberto Guimarães
Médico - Prof. Associado

Cesônia de Assis Martinusso
Jornalismo

Lucia Helena Luiza Vieira Amim
Biólogo - Mestre

Maria da Conceição Lopes Buarque
Assistente Social

Mariangélica Oliveira da Silva
Enfermeiro

Michel Jean-Marie Thiollent
Sociólogo - Prof. Adjunto

Nathalie Henrique Silva Canedo
Médico - Professor Adjunto

Renan Moritz Varnier Rodrigues Almeida
Engenheiro - Professor Adjunto

Maria Bernadete Tavares Soares
Representante dos Usuários

Rui Haddad
Médico - Prof. Adjunto

CEP - MEMO – n.º394/09

Rio de Janeiro, 29 de Maio de 2009.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Prof. Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa *páginas 001 a 072 e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 027/09 - CEP

Título: “Práticas de leitura e efeitos dos materiais educativos usados com leitores/sujeitos na educação em Diabetes”

Pesquisador (a) responsável: Prof. Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho

Data de apreciação do parecer: 28/05/2009

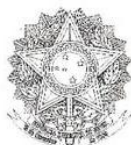
Parecer: "APROVADO"

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 28/11/2009, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 – CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof. Alice Helena Dutra Violante
Coordenadora do CEP

ANEXO B – PARECER DE APROVAÇÃO NO HUAP



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral**

Médico

Alair Augusto S.M.D. dos Santos

Médico

Ana Beatriz Monteiro Fonseca

Estatística

Carlos Brazil

Advogado

Denise Mafra

Nutricionista

José Carlos Carraro Eduardo

Médico

José Paravidino de Macedo Soares

Médico

Maria de Fátima Lopes Braga

Nutricionista

Maria Nazareth Cerqueira Pinto

Médica

Miriam Fátima Zaccaro Scelza

Cirurgiã Dentista

Nívia Valença Barros

Assistente Social

Paulo Roberto Mattos da Silva

Psicólogo

Paulo Sérgio Faitanin

Filósofo

Regina Helena Saramago Peralta

Médica

Regina Lúcia de Oliveira Caetano

Farmacêutica

Renato Augusto Moreira de Sá

Médico

Rosa Leonôra Salerno Soares

Médica

Rosângela Arrabal Thomaz

Bióloga

Rosiléa Said Amazonas

Representante dos Usuários

Simone Cruz Machado

Enfermeira

Wilson da Costa Santos

Farmacêutico

CEP CMM/HUAP nº 169/08

CAAE nº **0130.0.258.000-08**

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.S.^a que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:

“Educação em Saúde em Diabetes: estratégias comunicacionais na produção e recepção/consumo de materiais impressos”

Pesquisador Responsável:

Luiz Augusto Coimbra de Rezende Filho

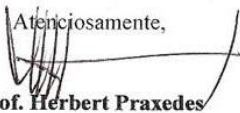
Pesquisadores Colaboradores:

Fernanda Valéria de Freitas

Data: 17/10/2008

Parecer: *Aprovado.*

Atenciosamente,


Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)