



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
MESTRADO PROFISSIONAL

LUANA DIAS DA COSTA

**Os desafios dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às
endemias nos processos de informação e comunicação em saúde à
prevenção da dengue, zika e chikungunya**

BRASÍLIA – DF

2020



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
MESTRADO PROFISSIONAL

LUANA DIAS DA COSTA

**Os desafios dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às
endemias nos processos de informação e comunicação em saúde à
prevenção da dengue, zika e chikungunya**

Dissertação apresentada como requisito para a
obtenção do título de Mestre pelo Programa de
Pós-Graduação em Saúde Coletiva da
Universidade de Brasília.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Valéria M.
Mendonça

BRASÍLIA – DF

2020



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – FS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPGSC
MESTRADO PROFISSIONAL

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Ana Valéria M. Mendonça (Presidente)

Universidade de Brasília

Profa. Dra. Janara Kalline Leal Lopes de Sousa (Membro Externo)

Faculdade de Comunicação – Universidade de Brasília

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa (Membro Interno)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Cláudio Fortes Garcia Lorenzo (Suplente)

Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – Universidade de Brasília

Dedico este trabalho a todas as mulheres que fazem parte da minha vida e que contribuem para a minha construção como ser humano, em especial a minha avó, Judite Pereira Costa (*in memoriam*).

AGRADECIMENTOS

Chego ao final desta trajetória com um misto de sentimentos; sem dúvidas, o maior deles é o de gratidão por todas as experiências que vivi, por tudo que aprendi ao longo dos últimos dois anos e meio e por todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para que eu conseguisse chegar até aqui;

Eternamente a Deus e a Nossa Senhora Aparecida, pelas bênçãos constantes em minha vida. Por serem minha luz, por me guiarem pelos caminhos que percorro, pelos presentes que me concedem;

Aos meus pais, Maria Conceição e Edmar, meus alicerces e incentivadores. Eles, que, nos obstáculos da vida, sempre seguraram a minha mão e iluminam o meu caminho para que eu consiga seguir em frente. Pelo amor, preocupação, auxílio e disposição para me ajudar a consolidar mais esta conquista;

À professora Ana Valéria Machado Mendonça, minha querida orientadora, pelo amor, dedicação, compromisso e persistência com que conduziu este trabalho e por todas as orientações de vida, que vão muito além desta construção. Você é um presente para mim! Uma fonte de sabedoria, de compromisso, de responsabilidade, de saber, que me guiou no caminho das convergências, divergências, complementaridades e diferenças. Sua vida profissional é um exemplo a se seguir;

Aos irmãos Lucas e Matheus, pelo amor, amizade e parceria de sempre e pela disposição para me ajudar a consolidar mais este sonho;

Aos meus avós, Maria da Piedade, José Maria, José Domingos e Judite Pereira (*in memoriam*), pelas orações, amor, carinho e dedicação sempre despendida a mim;

Às professoras da banca examinadora, por terem aceitado avaliar nosso trabalho: as queridas professoras Fátima Sousa – a quem também agradeço pela disponibilidade e por me ensinar sobre a paixão pela Saúde Coletiva – e Janara Sousa;

Aos membros da equipe do Componente 3 do Projeto ArboControl, pelo brilhante trabalho que desenvolveram durante a execução do projeto, o que oportunizou a realização deste estudo;

À minha equipe, os amigos do Laboratório ECoS, lugar onde passo a maior parte dos meus dias. Sem vocês este trabalho não seria possível. Obrigada por fazerem parte desta

jornada; vocês foram essenciais, desde a parte da construção de conhecimento aos momentos de descontração/desconstrução;

Aos mestres do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, pela vivência, pela troca de experiências e pela articulação de saberes que emergiam de nosso contato diário;

À amiga mestre Natália Fernandes, com quem criei uma relação respeitosa – que espero que permaneça no meu caminho –, que colaborou ativamente com essa construção e compartilhou das minhas alegrias e tristezas ao longo do processo;

Aos sujeitos da minha pesquisa, os agentes comunitários de saúde e os agentes de combate às endemias, pela receptividade e presteza durante a realização desta pesquisa;

Muito obrigada!

A vida pensa e o pensamento vive.

Hans-Georg Gadamer

RESUMO

Esta pesquisa teve como tema os desafios que os agentes comunitários de saúde (ACS) e os agentes de combate às endemias (ACE) encontram no agir comunicativo relacionado à prevenção de dengue, zika e chikungunya. O cenário atual dos problemas em saúde pública, como o caso da epidemia de dengue, zika e chikungunya, exige um enfrentamento em que a informação e a comunicação em saúde tornam-se imperativas. No decorrer deste trabalho, tentou-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: **como ocorrem os processos de comunicação entre os agentes de saúde e de endemias e a comunidade para a prevenção de dengue, zika e chikungunya?** Sobre esse tema e seus desdobramentos nos debruçamos doravante. A abordagem metodológica aqui adotada é a hermenêutica dialética. Essa combinação de oposições complementares que apresenta a hermenêutica dialética é essencial para a compreensão das relações e interações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos. Foram entrevistados 64 ACS e ACE nas cinco regiões do país, sendo um município por região. Além de ser atualmente um desafio para o processo de comunicação dos agentes de saúde e de endemias com a comunidade para a prevenção de dengue, zika e chikungunya, a gestão da informação torna-se imperativa para a superação de outros desafios. O ambiente de compreensão da gestão de informações ganha relevância na medida em que sua aplicabilidade depende do entendimento do papel dessa gestão por parte dos agentes comunitários de saúde e de endemias. É cada vez mais importante pensar o cidadão como usuário de informação sobre saúde pública.

Palavras-chave: Informação e Comunicação em Saúde; Agente de Combate às Endemias (ACE); Agente Comunitário de Saúde (ACS); Dengue; Zika; Chikungunya.

ABSTRACT

This research had as its theme the challenges that health agents and endemics encounter in communicative action to prevent dengue, Zika and chikungunya. The current scenario of public health problems, such as the Dengue, Zika and Chikungunya epidemic, requires coping, with health information and communication becoming imperative in this coping. In the course of this work, an attempt was made to answer the following research question: How does the communication process take place between health agents and endemics and the community for the prevention of Dengue, Zika and Chikungunya? On this subject and its consequences, we will now address. The methodological approach adopted here is dialectical hermeneutics. This combination of complementary oppositions, which it presents to hermeneutics-dialectics is essential for the understanding of the established relationships and interactions and symbols, confer attributes to the subjects. 64 ACS and ACE were interviewed, in the five regions of the country, with one municipality per region. Information management, in addition to being a challenge currently for the health agents' communication process and endemic with the community for the prevention of dengue, Zika and chikungunya. It becomes imperative to overcome other challenges, if we consider this whole context. The environment for understanding information management gains relevance to the extent that its applicability depends on the understanding of its role by the subjects. It is increasingly important to think of the citizen as a user of public health information.

Keywords: Health Information and Communication; Endemic Combat Agent (ACE); Community Health Workers (ACS); Dengue; Zika; Chikungunya.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ECoS	Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FS	Faculdade de Ciências da Saúde
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices para <i>Aedes aegypti</i>
MS	Ministério da Saúde
NESP	Núcleo de Estudos em Saúde Pública
SMS	Secretarias Municipais de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UnB	Universidade de Brasília
UBSF	Unidades Básicas de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. LIRAA e agrupamento dos municípios do ArboControl, 2018	33
Quadro 2. LIRAA dos cinco municípios selecionados, 2015 a 2018.....	35
Quadro 3. Perguntas e objetivos do estudo	36
Quadro 4. Caracterização dos municípios segundo dados populacionais, cobertura de serviço e LIRAA	40

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Tempo de profissão dos ACS e ACE em cinco municípios do Brasil	42
--	----

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Comunicação como processo de múltiplas vias.....	22
Figura 2. Processo de comunicação todos-todos.....	24
Figura 3. Quantitativo de oficinas e participantes nas oficinas por região.....	34
Figura 4. Processo de comunicação dos ACS e ACE com a comunidade nas ações para a prevenção de dengue, zika e chikungunya em cinco municípios brasileiros	46
Figura 5. Recorte do processo de comunicação: interação do ACS com a equipe da UBS	47
Figura 6. Recorte do processo de comunicação: interação do ACE com a equipe da Vigilância Sanitária.....	48
Figura 7. Percepção dos ACE de como a comunidade do território acessa informação sobre dengue, zika e chikungunya.....	53
Figura 8. Percepção dos ACS de como a comunidade do território acessa informação sobre dengue, zika e chikungunya.....	54

APRESENTAÇÃO

A minha aproximação com a Saúde Coletiva começou no dia 27 de março de 2013, quando descobri que fui aprovada no vestibular da Universidade de Brasília para cursar Gestão em Saúde Coletiva na Faculdade de Ciências da Saúde (FS). Foram imediatos a identificação com o campo e o interesse pelos temas abordados durante as aulas, pois percebi que as possibilidades eram muitas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

No primeiro semestre, cursei a disciplina Políticas Públicas de Saúde, o que me permitiu conhecer a história da saúde pública e coletiva brasileira. Ainda no primeiro semestre, comecei a minha aproximação com os agentes comunitários de saúde (ACS): entrei para um projeto de pesquisa no Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP) que trabalhou com os ACS do Paranoá.

A prática veio com os estágios obrigatórios realizados em dois campos: na Atenção Básica, no Centro de Saúde nº 1 do Paranoá, e na Gerência de Ações Programáticas da Região Leste. Além disso, participei de um projeto de iniciação científica com a temática da Atenção Primária e das práticas dos ACS, e também de um projeto de extensão na temática de apoio à gestão.

Já a aproximação com a comunicação em saúde surgiu a partir do quarto semestre, quando cursei a disciplina Comunicação em Saúde e comecei um estágio não obrigatório no Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde (ECoS), onde, ainda na graduação, tive a oportunidade de conhecer o Projeto ArboControl, que possui abrangência nacional e investiga as arboviroses dengue, zika e chikungunya. Assim surgiu a motivação para este estudo, que analisou o processo de comunicação entre os ACS e ACE e a comunidade nas ações para a prevenção dessas arboviroses.

Ao longo do mestrado, com as leituras e estudos, conheci Ilza Leite Lopes, e através das produções da autora me aproximei da temática da qualidade da informação em saúde disponível na Internet e, conseqüentemente, da temática da desinformação, da disseminação de informações falsas e *fake news*. Com a pandemia da COVID-19, aprofundi meus estudos na temática e criamos no ECoS um projeto de extensão, no qual oriento dois alunos de graduação. No âmbito da extensão, desenvolvemos matérias audiovisuais, *cards*, *podcasts*, *lives*, além de aulas públicas e o 1º *Webinar* sobre desinformação “Precisamos Falar Sobre”, para tratar da questão da desinformação frente à pandemia. Como fruto dos estudos desenvolvidos durante o

mestrado, produzi o artigo “Como os gestores publicam as informações sobre dengue, zika e chikungunya” e o submeti à *Revista Saúde em Debate*.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	17
OBJETIVOS	19
BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS	20
Agir comunicacional	20
Comunicação em saúde	21
Processo de comunicação todos-todos	23
Informação em saúde	25
Profissionais da atenção e desafios no trabalho dos ACS e ACE	26
ITINERÁRIOS METODOLÓGICOS	27
Teoria do método	28
Estratégias de abordagem	32
Amostra do estudo	32
Técnicas e instrumentos para a coleta de dados	36
Técnicas de análise	37
Perfil dos municípios	40
Considerações éticas	41
RESULTADOS E DISCUSSÃO	42
Perfil dos entrevistados	42
Processo de comunicação dos ACS e ACE com a comunidade	44
ENCAMINHAMENTOS FUTUROS	58
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
APÊNDICES	64
Instrumento de pesquisa – comunicação de risco e as arboviroses: dengue, zika e chikungunya	64
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	67
Diário de campo – Projeto ArboControl – Governador Valadares-MG	1
Artigo submetido	2269
ANEXOS	7
Parecer Consubstanciado do CEP	7

INTRODUÇÃO

A comunicação em saúde é um campo de estudos e conhecimentos que se refere a processos dialógicos e à utilização de estratégias comunicacionais que respeitam os direitos à informação, à educação e à saúde, com o fim de prevenir enfermidades, incentivar a cidadania e a transparência na gestão da saúde, bem como promover a melhoria da qualidade de vida das pessoas em seus diferentes contextos sociais, por meio das mídias, da produção do conhecimento científico e das relações interpessoais.

Esta pesquisa teve como tema os desafios que os agentes comunitários de saúde e de combate às endemias encontram no agir comunicativo relacionado à prevenção de dengue, zika e chikungunya. O cenário atual dos problemas em saúde pública, como o caso da epidemia de dengue, zika e chikungunya, exige um enfrentamento em que a informação e a comunicação em saúde tornam-se imperativas. No decorrer deste trabalho, tentou-se responder à seguinte pergunta de pesquisa: **como ocorrem os processos de comunicação entre os agentes de saúde e de endemias e a comunidade para a prevenção de dengue, zika e chikungunya?** Sobre esse tema e seus desdobramentos nos debruçamos doravante.

Na década de 1950, no continente africano, foram reportados os primeiros casos de febre chikungunya. Nos anos 2000, o vírus já apresentava distribuição global. O vírus tem um poder de dispersão impressionante. Há um risco elevado de epidemia nas Américas, por esta possuir uma população suscetível à infecção, bem como pela ampla distribuição do vetor e pela constante importação de novos casos(1).

Em 2015, foi encontrado pela primeira vez o vírus zika no Brasil e na América do Sul, onde rapidamente se espalhou e já atingiu outros 26 países. O vírus continua se espalhando. Apesar de grandes e diversos esforços, as medidas de prevenção de dengue, chikungunya e zika ainda dependem fortemente do controle vetorial(2).

Com todos os desafios já encontrados para a prevenção das arboviroses, estamos vivendo um ano atípico com a pandemia mundial da COVID-19, que gerou um grande impacto no sistema de saúde e na vida da população. Um dos principais métodos de prevenção da COVID-19 é o distanciamento social. Durante a pandemia, a dengue deixou de ser uma prioridade, não só em cuidados como em casos notificados e óbitos registrados. Ao analisarmos os casos, notamos que os dados de dengue tiveram uma redução, conforme as informações do Sistema de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde (SVS/MS): em 2019, tivemos 1.544.987 casos prováveis e 782 óbitos; em 2020, já registramos 928.282 casos prováveis e 484 óbitos(3).

Um dos possíveis motivos para a redução de casos notificados é o medo da população de ir a uma unidade de saúde e se contaminar com a COVID-19.

Este documento traz em sua essência as bases conceituais e teóricas com as reflexões pertinentes aos três temas de estudo, a saber, comunicação em saúde, informação em saúde e ações de prevenção e controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya. Além disso, apresenta a epistemologia aplicada ao método do estudo e sua metodologia aplicada ao contexto dos municípios eleitos para esse fim, também apresentado em sequência. Naturalmente, o documento nos apontará os resultados e discussões, com suas devidas considerações e apontamentos para iniciativas futuras.

OBJETIVOS

Objetivo geral

Compreender os processos de comunicação entre os agentes comunitários de saúde e de combate às endemias e a comunidade nas ações para a prevenção de dengue, zika e chikungunya em cinco municípios brasileiros.

Objetivos específicos

- Identificar os processos de gestão da informação sobre dengue, zika e chikungunya utilizados pelos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias junto à comunidade;
- Conhecer os desafios cotidianos dos agentes comunitários de saúde e agentes de combate às endemias no processo de comunicação com as comunidades sobre dengue, zika e chikungunya;
- Explicar o modo de acesso da população às informações sobre dengue, zika e chikungunya.

BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS

Em seu modelo teórico-conceitual, o presente estudo se ancorou em cinco temáticas principais: agir comunicacional; comunicação em saúde; processo de comunicação todos-todos; gestão da informação; e atuação dos ACS e ACE e arboviroses enquanto problema de saúde pública. A seguir estão descritas as temáticas com as contribuições dos principais autores e pesquisadores das áreas referidas.

Agir comunicacional

Esta dissertação não se ancora necessariamente na teoria da ação comunicativa habermasiana. Faz-se aqui uma leitura do agir a partir da compreensão de Hannah Arendt(4), para quem “agir significa fazer um novo começo, deixar que um novo mundo comece”. Sem a possibilidade do agir e do dialogar, a humanidade não passa de uma criação imaginária. Segundo Arendt, a ação e o discurso são os meios pelos quais os seres humanos se manifestam uns aos outros, não como meros objetos físicos, mas enquanto homens(4).

Partimos da leitura do agir sob a perspectiva de Hannah Arendt para então chegarmos à leitura de Byung Chul Han frente à sociedade atual. O autor questiona se hoje ainda seria possível o agir no sentido que Hannah Arendt nos apresenta(5); questiona ainda se a máquina do digital e a máquina do capital se uniram para aniquilar a “liberdade que Hannah Arendt nos coloca quando fala do agir, a possibilidade de um novo começo”(5).

Para o autor, a era do digital é pós-política e pós-metafísica, e o tempo do digital é um tempo pós-nascimento e pós-mortal. Chegamos então ao que Byung Chul Han chama de “cansaço da informação”. Segundo afirma, o cansaço da informação está ligado à massa de informação(5):

A massa de informação não produz por si mesma nenhuma verdade. Ela não traz nenhuma luz à escuridão. Quanto mais informação é liberada, mais o mundo se torna não abrangível, fantasmagórico. A partir de um determinado ponto, a informação não é mais informativa [*informativ*], mas sim deformadora [*deformativ*], e a comunicação não é mais comunicativa, mas sim cumulativa. Ao cansaço da informação também pertencem sintomas que são característicos da depressão. A depressão é, sobretudo, uma enfermidade narcisista. A autorreferência exagerada e doentamente sobrecarregada leva à depressão. p.106.

Essa depressão vem da relação social de adoecimento pelo excesso(5):

Assim como o prometer ou o confiar, ela estabelece um compromisso [*binden*] com o futuro. Os meios de comunicação atuais promovem, em contrapartida, a não obrigatoriedade, a arbitrariedade e a duração de curto prazo. A absoluta prioridade do presente caracteriza o nosso tempo. O tempo é desmontado em uma mera sucessão de presentes disponíveis. O futuro define, aí, em um presente otimizado. A totalização do presente aniquila as ações que dão tempo [*zeitgebenden*] como o [se] responsabilizar e o prometer. p. 107.

À medida que você tem novas relações sociais, a comunicação promete, as pessoas prometem, as mídias prometem; você tem ao mesmo tempo a imediatização de processos de informação que necessitam de qualidade e confiabilidade, principalmente no que diz respeito à saúde. Em uma situação como a que estamos vivendo, a da pandemia da COVID-19, as pessoas e principalmente os profissionais de saúde precisam de informações rápidas e de qualidade. O excesso de informação de má qualidade atrapalha o processo de tomada de decisão em saúde. A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) denomina esse processo de “infodemia”, o excesso de informação sem qualidade(6).

Comunicação em saúde

A comunicação envolve a troca de informação entre os interlocutores através da linguagem oral, escrita ou gestual, por meio de sistemas convencionados de signos e símbolos. A comunicação pode ser entendida como prática social que advém da interação entre seres humanos, a qual pode ser verbal ou não verbal.

Paulo Freire afirma que a comunicação precisa ser dialógica, o que implica respeito, condição de igualdade entre os envolvidos, liberdade e amor. Segundo o autor, “somente o diálogo, que implica em um pensar crítico, é capaz, também, de gerá-la. Sem ele, não há comunicação”(7). Freire vai além ao afirmar que, sem a comunicação dialógica, não há verdadeira educação(7).

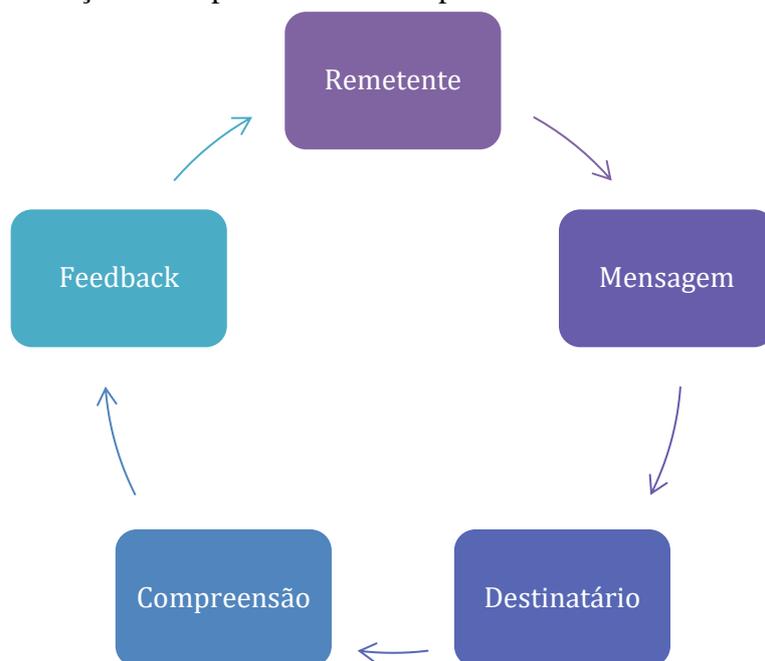
Dominique Wolton apresenta três razões principais para que a comunicação aconteça. A primeira delas é compartilhar: as pessoas tentam se comunicar para compartilhar e trocar; a segunda é a sedução, a qual é inerente a todas as relações humanas e sociais; a terceira é a convicção, que está ligada a todas as lógicas de argumentação utilizadas para explicar e responder a objeções. Segundo Wolton(8), o ideal da comunicação está evidentemente ligado

ao compartilhamento, aos sentimentos, ao amor. É, com certeza, a situação na qual a comunicação percorre o presente, reencontra o passado e torna possível o futuro(8) p. 17.

Para Corcoran, “a comunicação tem um papel essencial em qualquer ação que objetive melhorar a saúde”(9) p. 6. Torna-se impossível imaginar como uma informação pode ser transmitida de modo a promover escolhas saudáveis se não soubermos comunicá-la. Na dimensão da promoção de saúde, a troca de informações entre os profissionais de saúde e a comunidade precisa ser bem-sucedida(9).

Em geral, o modelo de comunicação é conceituado como um processo unidirecional, composto por remetente, mensagem e destinatário. Para além do modelo geral, podemos acrescentar, para um melhor entendimento dos envolvidos no processo, o *feedback* e o entendimento do destinatário(9). Segundo Corcoran, “estas duas últimas variáveis são importantes para a comunicação em saúde, pois implicam comunicação bidirecional, afastando-se assim do conceito tradicional da comunicação unidirecional, no sentido da comunicação de múltiplas vias”(9) p. 7.

Figura 1. Comunicação como processo de múltiplas vias



Fonte: Corcoran, 2011(9)

Segundo Teixeira, a comunicação em saúde diz respeito ao estudo e à utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões dos indivíduos e das comunidades no sentido de promover a sua saúde(10). O autor vai além da promoção de saúde,

embora esta seja a área estratégica mais importante. Para ele, a comunicação em saúde é capaz de: promover a saúde e educar para a saúde; evitar riscos e ajudar a lidar com ameaças para a saúde; prevenir doenças; sugerir e recomendar mudanças de comportamento; recomendar exames de rastreio; informar sobre a saúde e sobre as doenças; informar sobre exames médicos que é necessário realizar e sobre os seus resultados; receitar medicamentos; recomendar medidas preventivas e atividades de autocuidado em indivíduos doentes(10).

Os processos de comunicação em saúde são importantes estrategicamente, visto que podem influenciar significativamente os comportamentos de adesão às recomendações de saúde, desde o desenvolvimento de autocuidados na doença crônica, passando pela adoção de comportamentos preventivos relevantes para reduzir riscos para a saúde em nível alimentar, sexual, e para a adoção de atitudes que impactam positivamente a qualidade de vida(10). Teixeira defende que a comunicação efetiva em saúde vai influenciar os sujeitos em dois níveis, individual e comunitário(10):

- A nível individual ajuda a tomar consciência das ameaças para a saúde, pode influenciar a motivação para a mudança que visa reduzir os riscos, reforça atitudes favoráveis aos comportamentos protetores da saúde e pode ajudar a adequar a utilização dos serviços e recursos de saúde.
- A nível da comunidade pode promover mudanças positivas nos ambientes socioeconômicos e físicos, melhorar a acessibilidade dos serviços de saúde e facilitar a adoção de normas que contribuam positivamente para a saúde e a qualidade de vida. p. 616.

Em síntese, os processos de informação e comunicação em saúde têm a capacidade de influenciar os resultados das atividades dos profissionais de saúde em termos de melhoria da qualidade de vida da população. No caso das arboviroses, objeto do presente estudo, pode influenciar as ações de prevenção a dengue, zika e chikungunya.

Processo de comunicação todos-todos

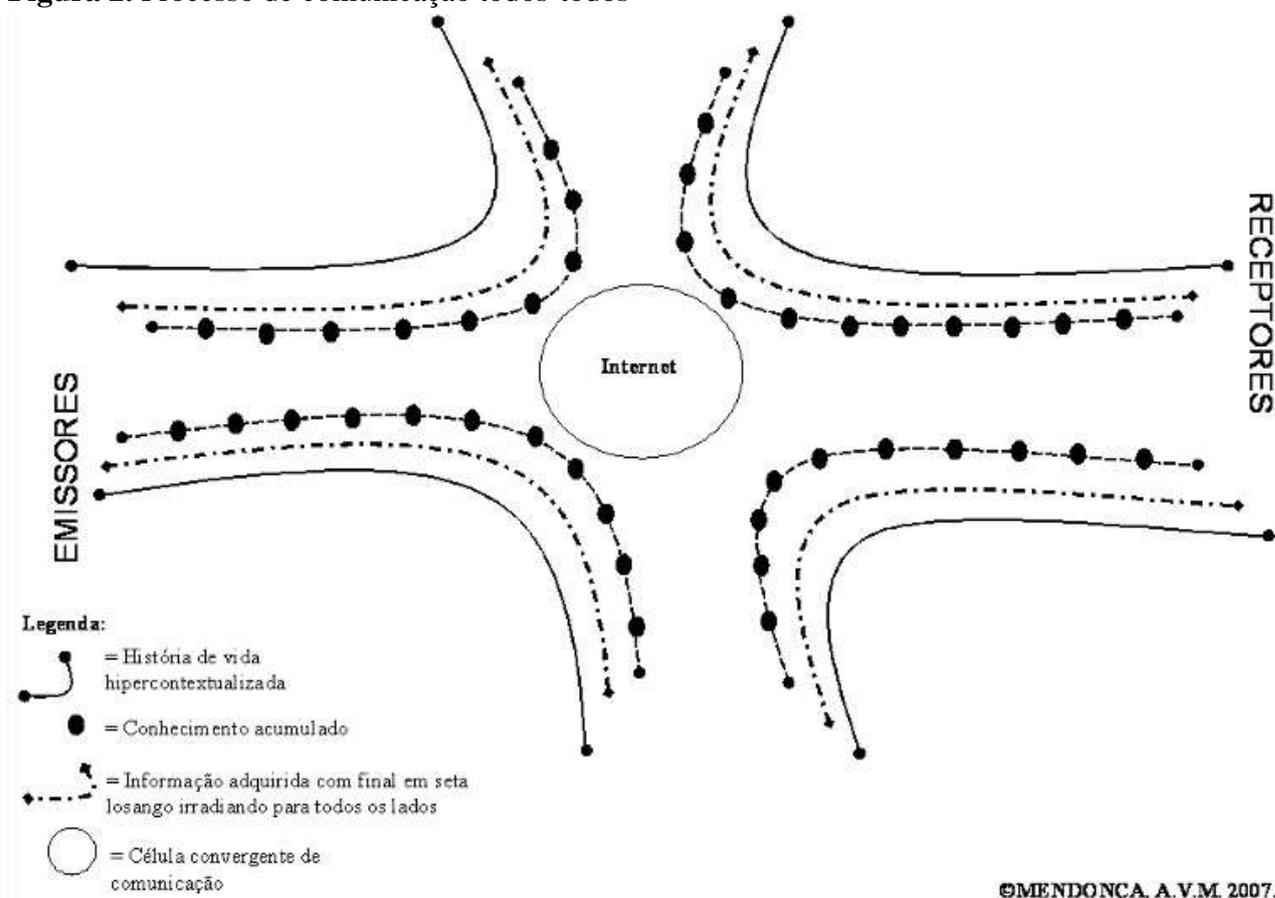
Toda situação que envolve a comunicação humana compreende a produção de mensagens por algum indivíduo e a recepção da mensagem por alguém. No dicionário, “processo” é qualquer fenômeno que apresenta contínua mudança no tempo ou que apareça contínuo; ou seja, em um processo, os acontecimentos e as relações estão em evolução e em constante mudança. Referir-se a algo como processo significa dizer que se trata de algo que não

tem um começo, um fim; é uma sequência, é móvel. Isso nos leva ao entendimento de que os elementos que fazem parte de um processo têm influência uns sobre os outros(11).

Ao se pensar em um processo de comunicação, é necessário se ter em mente que os processos são fluidos. A teoria da comunicação reflete essa ideia de processo: não se pode falar em “o começo” ou “o fim” da comunicação, nem dizer que determinada ideia veio de uma fonte específica, que a comunicação ocorre apenas em uma direção(11):

O Processo de Comunicação Todos-Todos apresenta alternativas de construção colaborativa do conhecimento, formulação de conteúdos por meio de mídias convergentes distribuídas via Internet, formação de redes sociais de compartilhamento e progressiva inclusão de infinitos atores que dialogam com o universo do ciberespaço em linguagem formal e informal, interativa, hipertextualizada, hipermediatizada, auxiliando no ensino-aprendizagem e na alfabetização em informação e comunicação em razão de objetivos que viabilizem a aplicabilidade de projetos sociais. p. 43.

Figura 2. Processo de comunicação todos-todos



Fonte: Mendonça, 2007(12)

O modelo aqui adotado para conseguir dar conta da complexidade que são os processos de comunicação dos agentes de saúde e de endemias é o todos-todos, por ofertar, segundo Mendonça(12), a possibilidade de construção colaborativa do conhecimento.

Informação em saúde

Pelo exposto, é imprescindível discutir-se outro conceito intrínseco ao acesso à informação, que consiste na qualidade da informação disponível. Há um novo paradigma referente à manipulação da informação em todas as suas etapas, do emissor até o receptor. As facilidades da Internet e as publicações eletrônicas, segundo Lopes(13), vêm “permitindo o acesso, produção e disseminação de informação em larga escala, por um único indivíduo ou por organizações, revolucionando toda a estrutura desta produção, disseminação e acesso que estava em vigor antes do advento da Internet”. p. 81.

Observa-se ainda um crescimento significativo no volume de informações veiculadas na Internet, sendo que, para os consumidores, os conteúdos das páginas institucionais ou de quaisquer documentos que são disponibilizados necessitam de filtros para minimizar o excesso de informação tornada disponível, além de apontar para a necessidade de avaliação da qualidade das informações disponíveis. Lopes(13) define, portanto, algumas categorias de avaliabilidade da qualidade da informação, dentre elas a credibilidade e o conteúdo.

O acesso a informações em saúde é uma importante etapa no processo de criação de estratégias para a prevenção das arboviroses. Não é suficiente ter as informações; é necessário que as informações cheguem até os indivíduos. Nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família (ESF) tem uma função crucial no processo de democratização da informação, já que trabalha na dimensão da comunidade. Quando assimilada de forma adequada, a informação produz conhecimento e é capaz de trazer benefícios para o indivíduo e para a comunidade onde ele está inserido(14). Para Barreto(14), “assim, como agente mediador na produção do conhecimento, a informação qualifica-se, em forma e substância, como estruturas significantes com a competência de gerar conhecimento para o indivíduo e seu grupo”. p. 38.

Faz-se necessário, portanto, analisar duas dimensões essenciais referentes à informação na saúde: o acesso às informações e a qualidade. Entende-se que o acesso à informação consiste em um direito individual, estabelecido no artigo 5º da Constituição Federal de 1988. É direito do indivíduo o acesso às informações acerca de todos os aspectos que envolvam a sua saúde, e os serviços asseguram o acesso à informação por direito(15). Todavia, ter acesso à informação

traz a necessidade de compreensão do que é informado, isto é, se existe, por parte do sujeito consciente, consenso em relação ao seu significado; caso contrário, não há informação(15). Desse modo, as informações advindas do Ministério da Saúde e de gestores devem ser compreendidas pelos profissionais de saúde; **não se trata apenas de se ter acesso à informação, mas de ser gestor de sua informação**(16).

Profissionais da atenção e desafios no trabalho dos ACS e ACE

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um avanço da saúde pública brasileira; representa, na Constituição Federal de 1988, a positivação do direito à saúde. Essa nova forma de pensar a saúde após a Reforma Sanitária leva em consideração as determinações sociais em saúde, com vistas à redução das desigualdades a ela relacionadas.

Nessa perspectiva, a Atenção Primária à Saúde (APS) é definida como ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção, para promover e proteger a saúde, prevenir doenças e agravos, efetuar tratamento e reabilitação de acordo com as necessidades da família e da comunidade(17). A APS surgiu como uma estratégia de reorganização do modelo de atenção à saúde.

Starfield sugere novas formas de organização da APS com pactos entre diversos setores da sociedade na operacionalização das ações intersetoriais com vistas à promoção da saúde, sublinhando a necessidade dos esforços que vão além da atuação específica dos profissionais de saúde e gestores, com responsabilização do autocuidado pelas próprias pessoas, famílias e comunidade na construção da saúde, bem-estar e qualidade de vida(18). Portanto, o desenvolvimento da APS está interrelacionado às discussões e à assimilação do conceito ampliado de saúde entre os vários atores e setores do campo da saúde pública.

A ESF alia os princípios do SUS aos pressupostos da APS, definidos por Starfield(18) como: primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação da família e da comunidade. Consideradas as necessidades e complexidades desses sujeitos, a estratégia enfatiza a promoção de atenção à saúde, que busca romper a ideia de uma atenção simplificada e de baixo custo.

Além disso, Sousa(19), com relação às diretrizes organizativas da ESF, identifica que estas têm potencialidade de promoção da equidade e da justiça social e de diminuição das iniquidades e, por isso, atuam como um dos princípios do SUS; identifica ainda que integralidade “significa articulação, integração e planejamento unificados e de atuação

intersetorial, princípios que subsidiam o modelo do Programa Saúde da Família (PSF)”(20) p. 32. Nesse sentido, cabe também à APS oferecer estratégias para o enfrentamento de problemas complexos, tais como as epidemias causadas pelas arboviroses transmitidas pelo vetor *Aedes aegypti*, dengue, zika e chikungunya, que o Brasil enfrentou nos últimos anos.

Os agentes comunitários de saúde e de combate às endemias, em conjunto com a população, são os atores responsáveis pelo controle mecânico e químico do vetor, e sua atuação está focada em localizar, eliminar ou determinar uma finalidade adequada para os reservatórios naturais ou artificiais em que a água possa servir de local para o desenvolvimento dos ovos do *Aedes aegypti*(21).

Em um estudo descritivo e exploratório sobre os desafios para o controle e prevenção do mosquito *Aedes aegypti*, França verificou que o maior desafio que os agentes encontram para desenvolver suas funções é a indiferença, a falta de conscientização das pessoas. As barreiras que impedem o desenvolvimento e o êxito das ações de promoção e prevenção à saúde são impostas pela comunidade, que, muitas vezes, mostrou-se descrente e revelou uma falta de conhecimento e educação, de modo generalizado, o que influencia diretamente o resultado final(21).

ITINERÁRIOS METODOLÓGICOS

Na perspectiva da filosofia interpretativa, este estudo adotou a hermenêutica dialética como abordagem metodológica, buscando compreender o sentido que os atores envolvidos atribuem aos processos de comunicação para o enfrentamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya.

O presente estudo é parte do projeto de pesquisa nacional intitulado “Arbovírus dengue, zika e chikungunya compartilham o mesmo inseto vetor: o mosquito *Aedes aegypti* – moléculas do Brasil e do mundo para o controle, novas tecnologias em saúde e gestão da informação, educação e comunicação”, que conta com quatro componentes. Ele está inserido no Componente 3, que tem como objetivo identificar as práticas de educação, informação e comunicação realizadas por profissionais da saúde, profissionais da educação e comunidade no dia a dia para o combate e a prevenção de dengue, zika e chikungunya. De tal componente constam as seguintes metas: Meta 10 – avaliar e orientar as estratégias de educação, informação e comunicação produzidas pelo Ministério da Saúde no controle do vetor *Aedes aegypti* e das arboviroses dengue, zika e chikungunya; Meta 11 – analisar modelos de recepção e mediação

de mensagens visando à identificação de estratégias para a publicização das atividades inerentes ao projeto e dos processos de educação, informação e comunicação; Meta 12 – Realizar cinco workshops com participação de especialistas nacionais e internacionais; e Meta 13 – criar um ambiente virtual para compartilhar experiências exitosas, práticas de educação e comunicação em saúde e os resultados do projeto junto aos gestores, profissionais, pesquisadores, estudantes e à população em geral. A presente dissertação está incorporada à Meta 11; portanto, obedece às orientações teórico-metodológicas do estudo principal, do qual ainda constam outras produções científicas.

Teoria do método

A palavra “hermenêutica”, segundo o *Oxford English Dictionary*, passou a fazer parte da língua inglesa depois da segunda edição da *Resenha da doutrina da Eucaristia* de Daniel Waterland, em 1737. Já no latim, um século antes disso, o alemão Johann Dannhauer assinalou a palavra latina *hermeneutica*. “Hermenêutica” é uma transliteração adaptada do verbo grego *hermeneuein*, que quer dizer “expressar em voz alta, explicar, interpretar e traduzir”. Etimologicamente, a palavra “hermenêutica” costumava ser relacionada ao deus Hermes, que expressava os desejos dos deuses para os seres humanos; hoje já se questiona essa conexão etimológica, mas ela ainda é um bom recurso heurístico. A tradução latina da palavra grega é *interpretatio*, que, obviamente, é a raiz de nossa “interpretação”. De modo geral, a hermenêutica realmente significa “interpretação”. O termo “hermenêutica” não é tão comum ou conhecido no nosso vocabulário; já a interpretação faz parte do nosso cotidiano(22).

A hermenêutica é um ramo da filosofia que estuda a teoria da interpretação, que pode se referir tanto à arte da interpretação quanto à prática e ao treino de interpretação. A hermenêutica tradicional se refere ao estudo da interpretação de textos escritos, especialmente nas áreas de literatura, religião e direito. Na área do direito, a hermenêutica legal ocupa-se da interpretação correta da lei e de sua codificação, com a intenção de evitar interpretações incorretas. Na religião, a hermenêutica bíblica desenvolveu regras para a interpretação correta da Bíblia. No Renascimento, a hermenêutica filológica cresceu e se ocupou de interpretar os clássicos(22).

É necessário começar por Friedrich Schleiermacher, teólogo protestante do século XIX, considerado o pai da hermenêutica moderna. Ele se considerava o primeiro a unificar as várias teorias hermenêuticas de disciplinas específicas numa hermenêutica universal, e buscava a

construção de uma hermenêutica geral que pudesse servir de base à pluralidade das hermenêuticas especializadas. Para ele, a hermenêutica é a arte de compreender a linguagem falada e escrita. A prática estrita da hermenêutica pressupõe que erros de compreensão ocorrem normalmente; por isso, a interpretação é sempre necessária(22).

O autor divide a hermenêutica em duas práticas: a interpretação gramatical, que é a compreensão da linguagem pelo autor, e a interpretação técnica ou psicológica, que é o pensar do autor, ou seja, o modo como o autor desenvolve seus pensamentos. Para fundamentar sua dialética, Schleiermacher recorre à metafísica da individualidade e constrói, na sua teoria hermenêutica, o procedimento da interpretação a partir de orientações antagônicas do pensamento(23).

Mais à frente, Dilthey começou a dedicar-se à hermenêutica a partir dos seus estudos sobre Schleiermacher. O foco do autor era formular uma metodologia exclusiva para as ciências humanas, porque para ele o método das ciências naturais não atendia às necessidades das ciências humanas. Dilthey é importante para se pensar a hermenêutica, visto que incorpora elementos dos estudos de Schleiermacher e a sua teoria influencia o desenvolvimento posterior de Heidegger. Para o autor, o processo de compreensão metodológica passa por obter acesso e compreender as manifestações das vidas de outras pessoas. Considerando que a linguagem é a manifestação mais completa da vida interna de outro indivíduo, a hermenêutica enquanto compreensão interpretativa das expressões linguísticas é o modelo para o processo geral de compreensão nas ciências humanas(22).

No século XX, temos o filósofo alemão Martin Heidegger, que incorporou o método de pesquisa fenomenológica de Husserl com aspectos da teoria da compreensão da vida de Dilthey, além de outras influências importantes. Segundo Heidegger, a filosofia tem que começar com uma descrição cuidadosa de como os seres humanos são na vida real. A descrição é fenomenológica e o exame é hermenêutico, já que é a autocompreensão interpretativa que temos de nós mesmos na vida. Esse entendimento resultou em uma das obras filosóficas mais importantes do século, *Ser e tempo*. Logo depois da publicação, Heidegger repensou a sua ideia, voltando a uma situação mais original a partir da qual o pensamento tem que começar; ele abandona então o uso do termo “hermenêutica”(22).

Na filosofia contemporânea, a hermenêutica é fundamentada por Hans-Georg Gadamer, o principal responsável pelo pensamento que utilizamos hoje sobre a hermenêutica na filosofia, com a sua teoria da hermenêutica filosófica. A hermenêutica aborda duas vertentes: a

epistemológica, com a interpretação de textos, e a ontológica, que remete para a interpretação de uma realidade.

A compreensão correta acontece quando todos os que estão envolvidos em uma conversa concordam sobre uma posição. Segundo Gadamer(24), o movimento da compreensão envolve o todo e a parte:

O movimento da compreensão vai constantemente do todo à parte e desta ao todo. A tarefa é ampliar a unidade do sentido compreendido em círculos concêntricos. O critério correspondente para a correção da compreensão é sempre a concordância de cada particularidade com o todo. Quando não há tal concordância, isso significa que a compreensão malogrou. p. 436.

Para explicar como isso acontece, Gadamer(24) recorre à ontologia, que remete para a interpretação de uma realidade; para o autor, “o ser que pode ser compreendido é linguagem”. A linguagem tem a habilidade de convencer os parceiros da conversa de sua verdade. Com a compreensão hermenêutica, é possível desvendar e assegurar verdades que o método científico não consegue. Segundo Gadamer(24):

O fenômeno hermenêutico devolve aqui a sua própria universalidade à constituição ôntica do compreendido, quando a determina, num sentido universal, como linguagem, e determina sua própria referência ao ente, como interpretação. Por isso não falamos somente de uma linguagem da arte, mas também de uma linguagem da natureza, e inclusive de uma linguagem que as coisas exercem. p. 687.

Essa reconstrução histórica faz-se necessária para compreendermos a integração da hermenêutica dialética, que em alguns casos se apresentam como opostas, e sua utilização como método na pesquisa qualitativa em saúde. É possível dizer que, sem a ancoragem da filosofia, toda a questão do método nas ciências humanas é cega; ao mesmo tempo, segundo Stein(25), a filosofia, nos caminhos de métodos que lhe são próprios, torna-se vazia sem o diálogo e a ocupação direta com as ciências humanas. Portanto, a questão está na visibilidade dos procedimentos científicos e de conteúdo aos caminhos da reflexão filosófica(25).

A hermenêutica trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum e tem como pressuposto o ser humano como ser histórico e finito completando-se por meio da comunicação – também é necessário compreender o contexto e a cultura dos sujeitos. A linguagem é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço. Na perspectiva metodológica, a hermenêutica busca esclarecer o contexto e o sentido que os diferentes atores produzem(26).

Distinta da hermenêutica, a dialética busca nos fatos, nos símbolos, na linguagem e na cultura os eixos contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. A dialética é a ciência da pergunta e do contraditório. Pensando-se na articulação entre as duas, a mesma razão que é utilizada para compreender, esclarecer e reunir, a hermenêutica, também contesta, dissocia e crítica, a dialética(26). Segundo Minayo(26), a abordagem dialética precisa criar instrumentos de crítica e de apreensão das contradições na linguagem e compreender que a análise dos significados deve partir do chão das práticas sociais. p. 167.

Ambas trazem em seu âmago a ideia inventiva das condições históricas do trabalho do pensamento. Segundo Stein(25):

Mas afirmam ao mesmo tempo, e por isso mesmo, a impossibilidade de um ponto arquimédico para fundar a reflexão, uma espécie de belvedere do espectador imparcial, ou ao menos de um observador privilegiado. Após a consumação da metafísica e a afirmação da finitude, exclusividade e universalidade da razão humana, não há ponto de vista de fora sobre ela mesma. É disto que sabem a hermenêutica e a dialética. E é a esta experiência que elas se agarram como o mais ferrenho positivista à experiência empírica. p. 43.

Portanto, hermenêutica e dialética não podem ser elevadas a simples ferramentas do pensamento, porque fazem parte dos métodos da filosofia. A diferença entre os métodos que são chamados “procedimentais” e os métodos da filosofia, para Stein(25), está em que os primeiros situam-se sempre, sem exceção, como exteriores ao próprio operar do trabalho da razão, enquanto os últimos se reconhecem imersos numa circularidade que nada mais é do que a confissão de que a sua justificação já os implica operando. p. 43.

É por isso que a hermenêutica-dialética estabelece uma linha que fundamenta as pesquisas qualitativas. A utilização da hermenêutica e da dialética passa pela complementaridade e a oposição entre as duas. Ambas priorizam a linguagem, as relações e as práticas; no entanto, a primeira prioriza o significado do que é consensual, do acordo da unidade de sentidos, enquanto a dialética se guia pela diferença, pelo dissenso, pela ruptura de sentidos e, portanto, para a crítica(27).

Essa combinação de oposições complementares que apresenta a hermenêutica dialética é essencial para a compreensão das relações e interações estabelecidas entre os sujeitos envolvidos. O método dialético tem como pressuposto o método hermenêutico. Segundo Minayo(26), “a hermenêutica e a dialética se apresentam como momentos necessários da produção de racionalidade em relação aos processos sociais e, por conseguinte, em relação aos processos de saúde e doença”. p. 350.

Portanto, a escolha se justifica pela necessidade de se compreender que a pesquisa qualitativa pressupõe o uso de estruturas interpretativas/teóricas que informam o estudo dos problemas da pesquisa, abordando o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Esse tipo de abordagem permite ao pesquisador conhecer os diversos contextos sociais em que os sujeitos estudados estão inseridos, assumindo que tais contextos influenciam as percepções dos sujeitos e buscando compreender em profundidade o fenômeno estudado(28)(29).

Ou seja, os sujeitos dão significado a suas ações e construções dentro de uma racionalidade presente nas ações humanas, no caso, as relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado. Para Minayo(30), na pesquisa social existe uma identidade entre sujeito e objeto, revelando um substrato comum de identidade com o investigador, tornando sujeitos e pesquisador imbricados e comprometidos numa mesma ciência. Além disso, assume-se a não neutralidade diante da implicação da visão de mundo do pesquisador em todo o processo de conhecimento. Diante da realidade social observada, a abordagem qualitativa permite uma aproximação à existência humana, ainda que de forma incompleta, por meio de instrumentos e teorias que demonstram o desafio do conhecimento(30).

Estratégias de abordagem

Para a operacionalização da pesquisa de campo, foram realizados contatos com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), que indicaram as unidades de saúde que seguiam o modelo da Estratégia Saúde da Família. Após a indicação da SMS, contataram-se (por e-mail, telefone e/ou pessoalmente) os gestores das unidades indicadas. Explicaram-se aos gestores ou coordenadores os objetivos da pesquisa e as principais informações acerca do projeto, como o tipo de abordagem teórica e o roteiro de entrevista a ser realizado com os profissionais de saúde. Já a articulação para a realização das oficinas com a comunidade foi feita com os pesquisadores em campo e por meio da rede de educação popular, que foi fundamental nesse processo.

Amostra do estudo

Para um melhor entendimento da seleção do universo desta dissertação, partir-se-á da descrição do percurso metodológico adotado pela pesquisa-matriz em que este estudo está inserido e, em seguida, passar-se-á aos municípios que compõem o projeto deste estudo em

específico. O projeto geral foi aplicado em 17 municípios brasileiros, sendo três de cada uma das cinco regiões brasileiras. Foram incluídos somente os municípios classificados como urbano e intermediário adjacente e remoto, sendo excluídos aqueles classificados como rurais (adjacentes e remotos), segundo a Classificação e Caracterização dos Espaços Rurais e Urbanos do Brasil(31).

A inclusão e a exclusão dos municípios se deram com base no Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA). Entraram para a pesquisa os municípios que apresentaram o índice nos anos de 2016 e 2017, sendo excluídos aqueles que apresentaram LIRAA regular (em alerta) nos dois anos consecutivos. Realizou-se o cálculo da medida de dispersão em torno da variável LIRAA dos anos 2016 e 2017, sendo excluídos aqueles que apresentaram desvio padrão entre os índices de 2016 e 2017 maior ou igual a cinco. Ao final dessas etapas, restaram 397 municípios. Com base nos critérios anteriores e levando-se em consideração as cinco regiões, a seleção dos municípios se deu por conveniência, de acordo com a localização, o porte populacional e a facilidade de deslocamento. Optou-se, no intuito de observar as ações realizadas pelo município no que se refere às arboviroses, por selecionar municípios que obtiveram nos anos de 2016 e 2017 uma piora ou estagnação do LIRAA (em alerta para risco, satisfatório para risco e risco para risco) – GRUPO 1 –, e uma melhora ou estagnação do LIRAA (satisfatório para satisfatório e em alerta para satisfatório) – GRUPO 2. O Quadro 1 apresenta os municípios selecionados; porém, após a seleção segundo os critérios de inclusão, mais três municípios foram excluídos: Bom Despacho, Belo Jardim e São Flex do Xingu, porque a logística para a realização do campo não era viável.

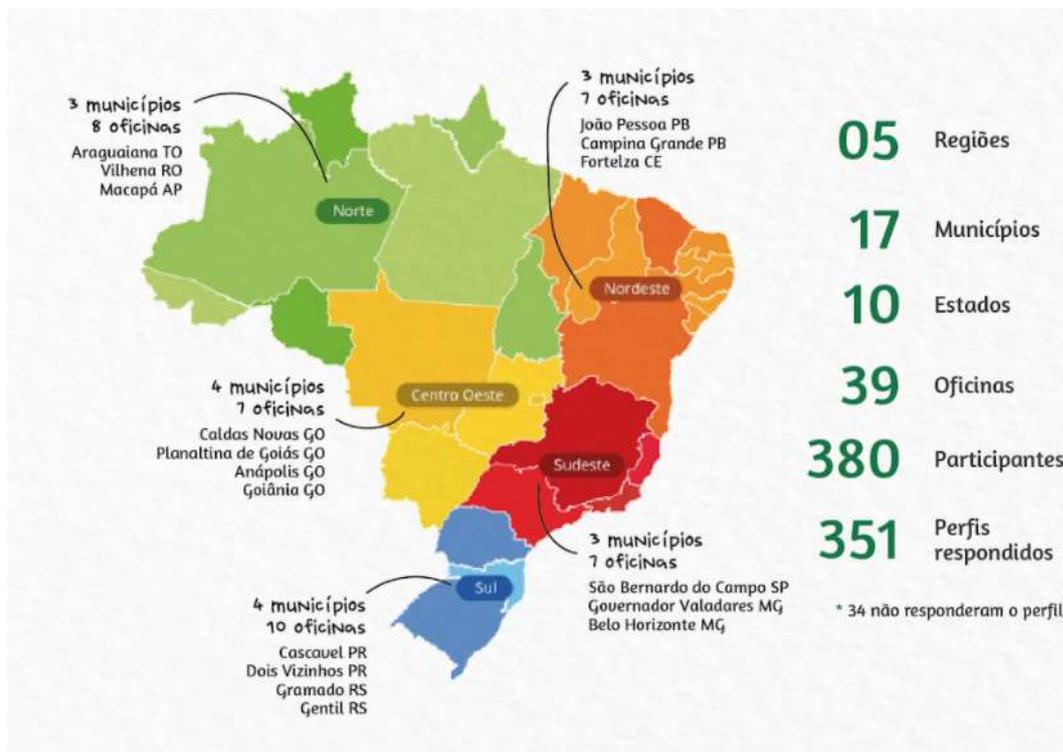
Quadro 1. LIRAA e agrupamento dos municípios do ArboControl, 2018

Região	Estado	Município	LIRAA 2016	LIRAA 2017	Grupo
Nordeste	Paraíba	Campina Grande	Em alerta	Em risco	1
		João Pessoa	Satisfatório	Satisfatório	2
	Ceará	Fortaleza	Satisfatório	Satisfatório	2
	Pernambuco	Belo Jardim	Satisfatório	Em risco	1
Norte	Pará	São Félix do Xingu	Em risco	Em risco	1
	Rondônia	Vilhena	Satisfatório	Em risco	1
	Amapá	Macapá	Satisfatório	Satisfatório	2
	Tocantins	Araguaína	Em alerta	Satisfatório	2
Sudeste	Minas Gerais	Bom Despacho	Em risco	Em risco	1
		Governador Valadares	Em risco	Em risco	1
		Belo Horizonte	Satisfatório	Satisfatório	2
	São Paulo	São Bernardo do Campo	Satisfatório	Satisfatório	2
Centro-Oeste	Goiás	Goiânia	Em alerta	Satisfatório	1
		Anápolis	Satisfatório	Satisfatório	2
		Planaltina	Em alerta	Satisfatório	1
		Caldas Novas	Satisfatório	Satisfatório	2
Sul	Rio Grande do Sul	Gramado	Satisfatório	Satisfatório	2
		Gentil	Satisfatório	Em risco	1
	Paraná	Cascavel	Satisfatório	Satisfatório	2
	Paraná	Dois Vizinhos	Satisfatório	Em risco	1

Fonte: Projeto ArboControl, 2018

O ArboControl, projeto-matriz, visitou 17 municípios e 10 estados nas cinco regiões do Brasil. Foram realizadas 39 oficinas com a comunidade, com um total de 380 participantes (Figura 3), e 279 entrevistas com profissionais da saúde que compõem a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF), entre eles: agentes de combate às endemias (ACE) e agentes comunitários de saúde (ACS).

Figura 3. Quantitativo de oficinas e participantes nas oficinas por região



Fonte: Projeto ArboControl, 2020

A partir da pesquisa-matriz, o presente estudo foi aplicado nas cinco regiões do país, contemplando municípios de cinco estados brasileiros, a saber: Caldas Novas (GO), Governador Valadares (MG), Gramado (RS), João Pessoa (PB) e Macapá (AP). Todos foram escolhidos levando-se em conta os dados do LIRAA de 2015 e 2018, conforme o Quadro 2.

Quadro 2. LIRAA dos cinco municípios selecionados, 2015 a 2018

Município	LIRAA 2015	LIRAA 2016	LIRAA 2017	LIRAA 2018
Caldas Novas (GO)	0,6	0,6	0,4	2,2
Governador Valadares (MG)	4,9	7,9	5,6	10,9
Gramado (RS)	Sem informação	0	0	0
João Pessoa (PB)	0,3	0,3	0,5	0,4
Macapá (AP)	Sem informação	0,1	0,4	2,6

Fonte: Costa, 2020. Legenda: **fisco**; **em alerta**; **satisfatório**

A escolha dos municípios se justifica pelas singularidades que apresentam diante dos demais municípios da pesquisa-matriz, e nessas singularidades eles se tornam convergentes. São lugares com potencial turístico, capitais ou não. Há entre eles duas capitais, João Pessoa e

Macapá, enquanto Caldas Novas e Gramado são dois municípios com alto potencial turístico. Dentro das singularidades, buscaram-se as convergências. O município de Governador Valadares, na região Sudeste, é uma exemplaridade, porque a pesquisadora realizou a coleta dos dados no município.

Técnicas e instrumentos para a coleta de dados

A coleta de dados foi realizada com os instrumentos da pesquisa-matriz do ArboControl. Elegeu-se como instrumento para técnica de coleta dos dados a realização de entrevistas com roteiro semiestruturado (Apêndice A) com os ACS e ACE, que atuam na Atenção Primária à Saúde no combate às arboviroses. Escolheu-se o roteiro semiestruturado porque este permite que o entrevistador faça outras perguntas sobre a temática. Utilizou-se o mesmo roteiro para os dois profissionais, considerando-se que ambos atuam realizando visitas domiciliares e têm práticas semelhantes.

O instrumento utilizado para as entrevistas com os agentes comunitários de saúde conta com uma primeira etapa de identificação/perfil. No segundo momento, conta com mais seis blocos com um total de dez perguntas. Uma vez elaborado, o instrumento foi submetido à avaliação dos pesquisadores integrantes da pesquisa ArboControl para validação em teste-piloto no município de Luziânia (GO).

A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2019 por meio da realização de entrevistas semiestruturadas (Apêndice A) gravadas em áudio, posteriormente transcritas e codificadas do seguinte modo: uso das siglas ACS/ACE, número da entrevista e código do município de realização.

Para atender aos objetivos deste estudo, selecionaram-se as seguintes perguntas a partir do roteiro do projeto matriz.

Quadro 3. Perguntas e objetivos do estudo

Objetivos	Perguntas do roteiro semiestruturado
Conhecer os desafios cotidianos dos ACS e ACE no processo de comunicação com as comunidades sobre dengue, zika e chikungunya	1. Você poderia nos dizer quais são as maiores dificuldades vividas no dia a dia de um ACE/ACS para o cumprimento do seu trabalho? 6. Qual a importância de sair da UBS e trabalhar direto com a comunidade na sua prática profissional? O que ocorre? O que você aprende e o que você ensina?
Explicar como a população acessa a informação sobre dengue, zika e chikungunya	3. Como a população do seu território fica sabendo dos perigos à saúde relacionados a essas arboviroses?
Identificar os processos de gestão da informação sobre dengue, zika e chikungunya utilizados pelos ACS e ACE junto à comunidade	5. Em sua opinião, quais são as melhores maneiras de explicar/informar/comunicar sobre risco para dengue, zika e chikungunya para a comunidade? O que as UBS e as equipes geralmente fazem?

Fonte: Costa, 2020

As perguntas do roteiro foram adequadas à forma de análise pretendida, já que possibilitaram a emergência de narrativas acerca do processo de comunicação dos ACS e ACE com a comunidade, dos desafios do cotidiano de trabalho e da gestão da informação que esses profissionais realizam em seu dia a dia, mas também do contexto no qual esses agentes atuam na prevenção a dengue, zika e chikungunya.

Utilizou-se como critério de inclusão: Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família (PACS); Agente de Combate às Endemias (ACE) incluso na equipe; e UBSF com o maior número de famílias atendidas. Utilizou-se como critério de exclusão: unidades básicas de saúde no modelo tradicional de Atenção Básica. O tempo médio de duração das entrevistas foi de 20 minutos. Estas variaram de acordo com o nível de interação e as atividades desenvolvidas pelo entrevistado e foram transcritas para análise posterior.

Integrou também o método de coleta de dados o diário de campo, que é utilizado pelos pesquisadores para registrar conversas informais, observações do comportamento durante as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos vários pontos investigados e ainda suas impressões pessoais, que podem modificar-se com o decorrer do tempo(32).

Técnicas de análise

Adotou-se como método de análise a hermenêutica dialética: enquanto a hermenêutica busca essencialmente a compreensão, a dialética estabelece uma atitude crítica(27). Buscou-se compreender o sentido que os atores envolvidos atribuem aos processos de comunicação para o enfrentamento das arboviroses dengue, zika e chikungunya. A hermenêutica é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central(24).

No enfoque metodológico, a abordagem hermenêutica desenvolve-se nos seguintes critérios: busca diferenças e semelhanças entre os contextos; explora as definições de situação do ator, supõe o compartilhamento entre o mundo observado e os sujeitos com o mundo da vida do investigador; busca entender os fatos, os relatos e as observações e apoia essa reflexão sobre o contexto histórico(26). Já a dialética é a ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia. Esta cria instrumentos de crítica e de apreensão das contradições da linguagem e valoriza os processos na dinâmica das contradições, no interior das quais a própria oposição entre o avaliador e avaliado se coloca, ressaltando o condicionamento histórico das falas, relações e ações(26).

Tanto a hermenêutica quanto a dialética ressaltam a importância do contexto, da história, das relações e das práticas e têm como pressuposto o fato de que o observador não é imparcial. Consideram, ainda, o intersubjetivismo da compreensão e da crítica – a prática é estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. Entretanto, a dialética se orienta pela diferença, pelo contraste, pelo dissenso e pela crítica; a hermenêutica, pelo consenso, pela mediação e pelo acordo(26)(27)(25).

A imersão do pesquisador no cotidiano de trabalho dos agentes de saúde e a utilização das técnicas de coleta selecionadas proporcionou uma maior aproximação à realidade empírica e à experiência dos sujeitos pesquisados(33). Sendo assim, a análise dos dados esteve presente em todo o processo de investigação desde a coleta de dados, ocorrendo, portanto, de forma dinâmica, a partir da busca da compreensão e da análise dos aspectos apreendidos, com a observação sistemática, as entrevistas e a análise de documentos, a partir da revisão de literatura, buscando uma aproximação com a hermenêutica dialética.

Nesse sentido, a análise dos dados se deu em consideração às seguintes etapas: organização dos dados, classificação dos dados e análise final. A primeira etapa tem o objetivo de estabelecer a identificação do material empírico coletado em campo e prepara os dados para a próxima etapa. Para tanto, as entrevistas foram transcritas e, em seguida, realizou-se a leitura

preliminar do material, que possibilitou, juntamente aos dados da revisão de literatura, identificar os núcleos de sentido(33)(34).

A segunda etapa, a classificação dos dados, possibilitou a construção dos dados empíricos a partir dos pressupostos teóricos e da teoria que sustenta o estudo. Para isso, realizou-se a leitura flutuante das entrevistas com o intuito de identificar as ideias centrais sobre o objeto de estudo, para encontrar os núcleos de sentido. Para o objeto de estudo ao qual esta descrição metodológica se refere foram encontrados os seguintes núcleos de sentido: desafios no processo de comunicação; acesso à informação; gestão da informação. Nesta etapa, utilizou-se o NVivo para a organização dos dados.

Em seguida, na terceira etapa, realizou-se a leitura transversal do corpus de comunicação, o que possibilitou o confronto de ideias entre os ACS e ACE, voltando-se às questões norteadoras, os objetivos e o referencial teórico do estudo. Essa etapa possibilitou a construção da seguinte categoria de análise: organização do processo de comunicação das ações de prevenção a dengue, zika e chikungunya.

Perfil dos municípios

Quadro 4. Caracterização dos municípios segundo dados populacionais, cobertura de serviço e LIRAA

Municípios	População ¹	Cobertura % Atenção Básica ²	Nº de ACS ²	Cobertura de ACS ²	Nº de ACE ³	LIRAA (2016) ⁴	LIRAA (2017) ⁵	LIRAA (2018) ⁶	LIRAA (2019) ⁷
Caldas Novas (GO)	93.196	48,70%	57 ² 68 ³	35,95%	34	0,6	0,4	2,2	3,0
Governador Valadares (MG)	281.046	84,46%	325 ² 411 ³	66,77%	265	7,9	5,6	10,9	7,80
Gramado (RS)	36.555	100%	20 ² 33 ³	31,74%	1	0	0	0,0	Sem informação
João Pessoa (PB)	817.511	92%	1.360 ² 1.412 ³	96,66%	324	0,3	0,5	0,4	0,60
Macapá (AP)	512.902	74,28%	542 ² 706 ³	61,92%	345	0,1	0,4	2,6	2,70

Fonte: ¹Estimativa dou 2020.pdf (ibge.gov.br) – estimativa 2020

Fonte: ²e-Gestor AB (saude.gov.br) – mês de consulta: julho de 2020

Fonte: ³Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – mês de consulta: julho de 2020

Fonte: ⁴Tabela---LIRAA-Nacional-2016.pdf (saude.gov.br) – 2016

Fonte: ⁵LIRAA.pdf (saude.gov.br) – 2017

Fonte: ⁶Levantamento de Índices do Aedes aegypti (LIRAA - LIA) – 2018

Fonte: ⁷Liraa-1-2019.pdf (saude.gov.br) – 2019. Legenda: **risco**; **em alerta**; **satisfatório**

Considerações éticas

O projeto de pesquisa assim como os roteiros para as entrevistas semiestruturadas foram aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS/UnB), sob pareceres de número 2.480.722 (projeto original) e 3.504.219 (emenda do projeto), 75119617.2.0000.0030 (Anexo A).

Durante as entrevistas, realizou-se a leitura do TCLE, e os(as) profissionais foram orientados(as) quanto aos objetivos da pesquisa e ao formato do estudo; então foram esclarecidas dúvidas, quando ocorreram. Quando de acordo, os(as) profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice F), autorizando a utilização da entrevista para transcrição e posterior análise dos achados.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil dos entrevistados

No decorrer da pesquisa, o projeto entrevistou 273 profissionais da saúde que compõem a equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme a Unidade Básica de Saúde (UBS) indicada pela Secretária de Saúde ou prefeitura local. Desses profissionais, 124 eram ACE e ACS. No presente estudo, analisaremos as entrevistas de 64 agentes alocados em cinco municípios, um de cada região. No Quadro 3, podemos visualizar o cenário quantitativo desses profissionais nas regiões selecionadas.

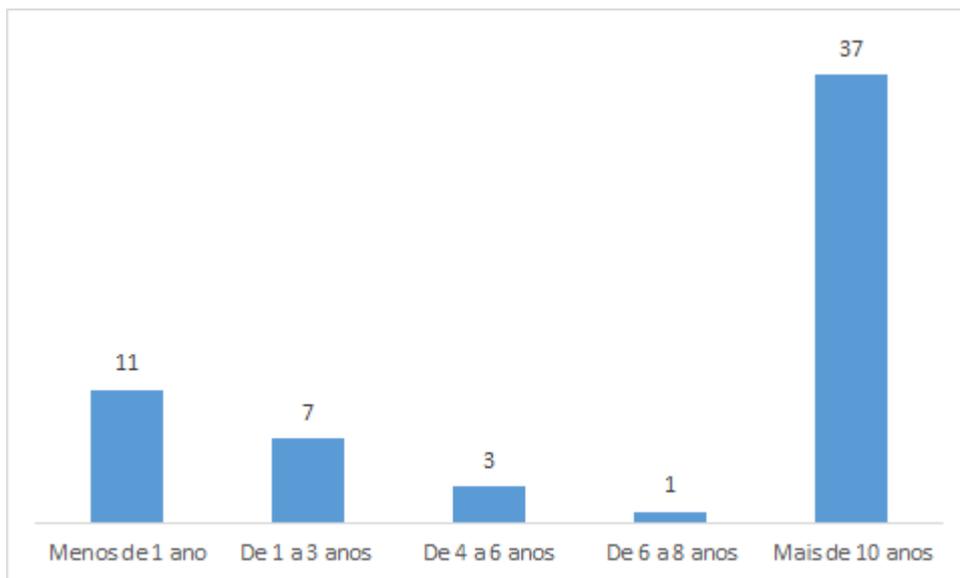
Quadro 3. Quantitativo de entrevistados por região e município

Região	Município	ACS	ACE
Norte	Macapá (AP)	09	07
Nordeste	João Pessoa (PB)	07	04
Centro-Oeste	Caldas Novas (GO)	08	04
Sul	Gramado (RS)	11	02
Sudeste	Governador Valadares (MG)	09	03
TOTAL		44	20

Fonte: COSTA, 2020

Os 64 agentes de saúde e de endemias que entrevistamos durante a pesquisa apresentam um processo de formação e inserção no mercado de trabalho bem diferenciado. Alguns profissionais estão atuando como agentes há pouco mais de um mês (tendo como marco o dia de realização da entrevista) e outros há mais de 20 anos, como podemos ver no Gráfico 1.

Gráfico 1. Tempo de profissão dos ACS e ACE em cinco municípios do Brasil



Fonte: Costa, 2020

Com o Gráfico 1, podemos notar a diferença no tempo de atuação. Essa diferença pode ser vista como um ponto positivo pela troca de vivências de ambos os lados e pela formação de vida e profissional adquirida por cada agente. Os agentes entrevistados têm de 20 a 62 anos, confirmando também uma diferença geracional, o que pode influenciar na forma com que a informação sobre a prevenção das arboviroses dengue, zika e chikungunya chega à comunidade. Os profissionais com mais tempo de trabalho compartilham experiências que deram certo em outras residências, realizando uma troca de saberes populares.

O processo de formação acadêmico desses profissionais também influencia a gestão da informação compartilhada. Dos 64 profissionais, 33 têm ensino médio completo e 11 têm nível superior concluído, em andamento ou incompleto, o que influencia a abordagem com a comunidade e o uso de termos técnicos nas visitas. Ao correlacionarmos a faixa etária, o tempo de atuação e a formação, podemos imaginar a diversidade de termos e palavras utilizadas no compartilhamento de informações de cuidado, contribuindo para a autonomia do cuidado e sem deixar de lado a realidade de cada indivíduo e local e os processos de comunicação entre profissionais e usuários, como veremos a seguir.

Processo de comunicação dos ACS e ACE com a comunidade

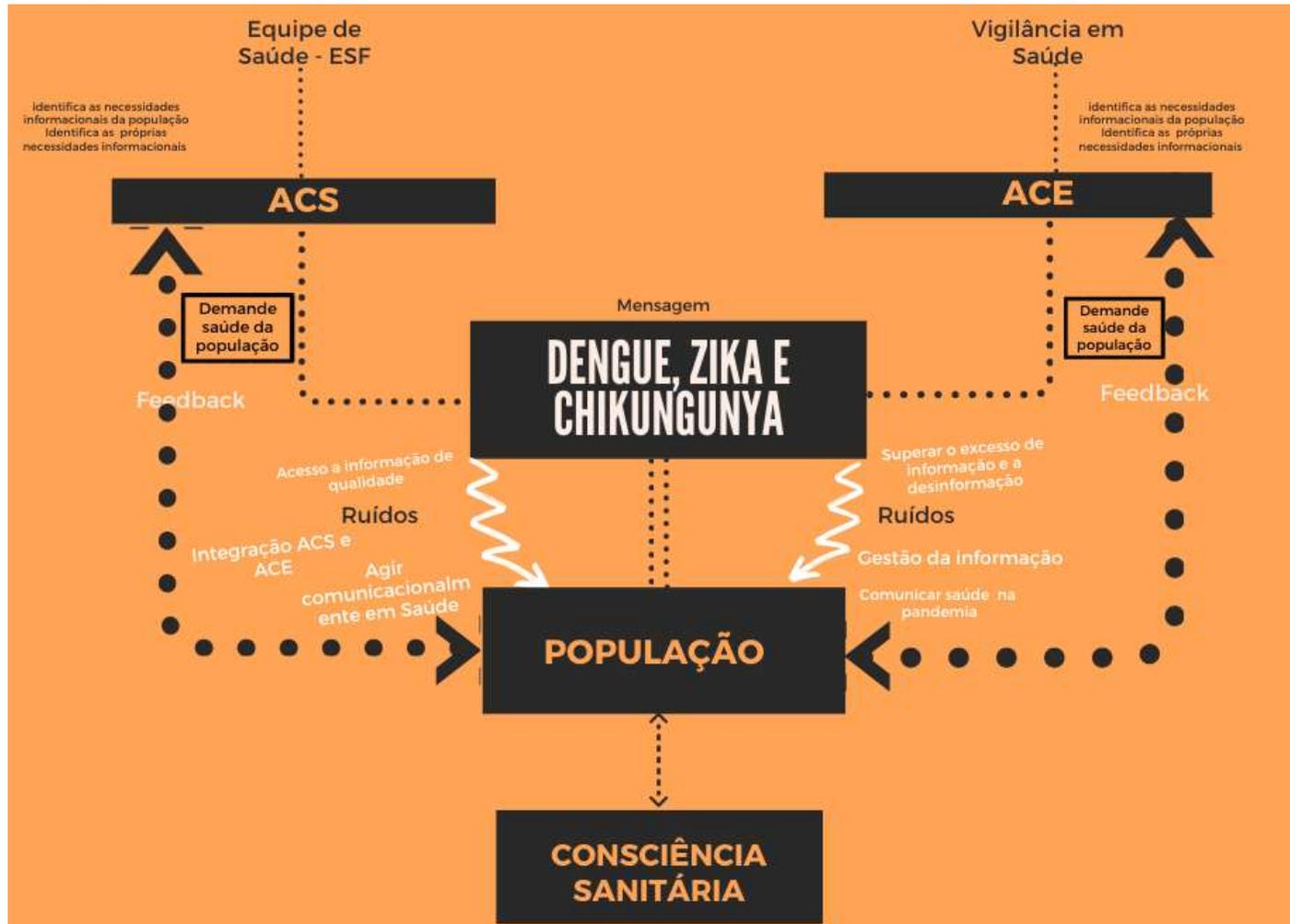
No cotidiano de trabalho desses profissionais de saúde, nas visitas domiciliares, eles realizam ações de promoção e prevenção a agravos de saúde, a depender da demanda e da necessidade do seu território de atuação. Aqui estamos trabalhando com as arboviroses dengue, zika e chikungunya e as ações para o combate dessas endemias.

O ACS tem vínculo direto com a equipe de Estratégia Saúde da Família, ou seja, é parte da equipe. Ele é o profissional que leva as demandas da comunidade para a unidade de saúde. No que tange às atribuições estabelecidas ao ACS no controle de dengue, zika e chikungunya, estão: encaminhar casos suspeitos às unidades de saúde; informar aos moradores sobre sintomas, medidas de prevenção, agente transmissor e notificação da doença; vistoriar o domicílio e/ou peridomicílio, acompanhado pelo morador, para identificar criadouros do mosquito transmissor da dengue, zika e chikungunya; realizar remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros, retirando mecanicamente, se necessário, as formas imaturas do mosquito; promover reuniões com a comunidade, com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue, bem como conscientizar a população quanto à importância de que todos os domicílios em uma área infestada pelo *Aedes aegypti* sejam visitados(35).

Dentre as atribuições estabelecidas ao ACE no controle das arboviroses, estão: encaminhar os casos suspeitos de dengue à UBS responsável pelo território; atuar junto aos domicílios, informando seus moradores sobre a doença, principais sintomas e riscos, e sobre o *Aedes aegypti* e medidas de prevenção; informar o responsável pelo imóvel não residencial sobre a importância da verificação da existência de larvas ou mosquitos transmissores da dengue; vistoriar imóveis não residenciais, acompanhado pelo responsável, para identificar locais e objetos que sejam ou possam se transformar em criadouros de mosquito transmissor da dengue; orientar e acompanhar o responsável pelo imóvel não residencial na remoção, destruição ou vedação de objetos que possam se transformar em criadouros de mosquitos; vistoriar e tratar, caso seja necessário, os pontos estratégicos; vistoriar e tratar os imóveis cadastrados e identificados pelo ACS, que necessitem do uso de remoção mecânica de difícil acesso, que não possam ser eliminados pelo ACS; nos locais onde não existir ACS, seguir a rotina de vistoria dos imóveis; elaborar e/ou executar estratégias para o encaminhamento das pendências (casas fechadas e/ou recusas do morador em receber a visita); orientar a população sobre a forma de evitar locais que possam oferecer risco para a formação de criadouros do *Aedes aegypti*; promover reuniões com a comunidade, com o objetivo de mobilizá-la para as ações de prevenção e controle da dengue; notificar os casos suspeitos de dengue, informando a equipe da UBS; encaminhar ao setor competente a ficha de notificação da dengue, conforme estratégia local(35).

A Figura 4 foi pensada para melhor compreender o processo de comunicação entre os agentes comunitários de saúde, os agentes de combate às endemias e a comunidade nas ações para a prevenção de dengue, zika e chikungunya nos municípios de Caldas Novas (GO), Governador Valadares (MG), Gramado (RS), João Pessoa (PB) e Macapá (AP). Ela foi elaborada a partir das observações em campo e da leitura transversal do corpus de comunicação, o que possibilitou o confronto de ideias entre os ACS e ACE, voltando-se às questões norteadoras, os objetivos e o referencial teórico do estudo, o que possibilitou a organização do processo de comunicação das ações de combate às endemias.

Figura 4. Processo de comunicação dos ACS e ACE com a comunidade nas ações para a prevenção de dengue, zika e chikungunya em cinco municípios brasileiros



Fonte: Costa, 2020

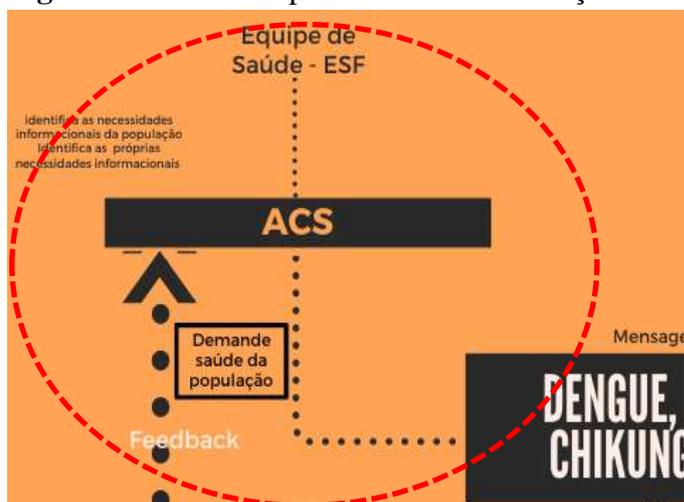
Na primeira dimensão estão representadas comunicações dos ACS com a equipe da UBS. Os agentes se veem como responsáveis por levar as informações da equipe para a comunidade e da comunidade para a unidade:

A gente é porta-voz para eles, então primeiro é passado para nós. A gente não sai daqui com dúvida nenhuma, para estar respondendo assim o possível que eles perguntarem para a gente e estar orientando-os certinho, conversando sempre numa linguagem mais normal possível, para eles entenderem certinho o que a gente fala. ACS3_GV

Pois é... Aqui através das Estratégias da Saúde da Família nós temos toda uma programação, né, para estar orientando o agente de saúde mesmo, ele está apto a fazer esse tipo de trabalho, porém a cobertura aqui é de 60%, entendeu, então quer dizer que tem 40% de que não é coberto, aí é assim... ACS2_CN

O papel do ACS, porque tudo que, a gente é o ligamento entre a comunidade e a unidade de saúde e a gente que faz essa interligação, então é a gente que orienta, faz a busca ativa, né? ACS1_GV

Figura 5. Recorte do processo de comunicação: interação do ACS com a equipe da UBS



Fonte: Costa, 2020

Os ACS relataram também as experiências das ações que são feitas no contexto da sala de espera das unidades. Segundo Teixeira, a sala de espera é o lugar onde a comunidade aguarda o atendimento dos profissionais de saúde; estamos considerando aqui o da unidade básica, mas ele existe também em outros níveis de atenção. O autor percebe a sala de espera como um território dinâmico, onde ocorre a mobilização de diferentes pessoas à espera de um atendimento de saúde(36).

No imaginário das pessoas, a sala de espera não é um espaço neutro porque não é voltado para os profissionais de saúde, como os consultórios e enfermarias, mas um espaço público,

onde a comunidade transita enquanto aguarda o atendimento. Sendo assim, as pessoas transitam, conversam, trocam experiências entre si e observam, ou seja, as pluralidades emergem através do processo interativo, que ocorre por meio da linguagem. Evidentemente, trata-se de um espaço muito relevante para as ações de promoção e prevenção da saúde e para as ações de combate às arboviroses. Nesse espaço, ocorre a utilização da estratégia em diversos serviços de saúde sob um olhar interdisciplinar e multiprofissional(36)(37).

Segundo Rodrigues, na sala de espera os profissionais de saúde têm a oportunidade de desenvolver atividades que vão garantir uma maior aproximação entre os usuários e os profissionais, melhorando a inter-relação usuário/sistema/trabalhador de saúde; além disso, “extrapolam o cuidado, como a educação em saúde, auxiliando na prevenção de doenças e na promoção da saúde; proporcionando também uma melhora na qualidade do atendimento, garantindo maior acolhimento aos usuários”(38).

No campo, a sala de espera apareceu como prática no cotidiano de trabalho dos agentes comunitários de saúde:

A gente sempre está fazendo. Como a comunidade vem muito aqui no posto, a gente sempre faz sala de espera, é uma sala de espera, a gente vai duas, três ACS, está bem lotado, a gente começa a falar como pode estar prevenindo e tudo, nas visitas também a gente cobra muito, eles são bem cientes. ACS3_GV

Através da sala de espera. Nós temos um cronograma... um cronograma onde cada profissional, ele tem um dia na semana em que ele faz essa sala de espera. Tá? Então onde são abordados todos os temas, assim, né, preconizado pelo Ministério da Saúde, e alguns outros que não são preconizados pelo Ministério da Saúde, mas que a gente sabe que têm importância, têm relevância para a população. Os cuidados. Né? Evitar os acúmulos de entulhos, de lixo, né, eu acho que a higienização. E essa / e essa fala constante. Porque a gente sabe que não tem um período específico. Né? Ele / eu acho que o cuidado com a saúde tem que ser no dia a dia. ACS3_JP

Na outra extremidade estão representados os agentes de combate às endemias e sua interação com a Vigilância Sanitária:

Figura 6. Recorte do processo de comunicação: interação do ACE com a equipe da Vigilância Sanitária



Fonte: Costa, 2020

E a gente aprende a desenvolver através de comunicação com os colegas, pegando... pegando informação, orientação, ajuda. ACE1_GV

Foi possível perceber no relato dos agentes que, apesar de toda a movimentação do Ministério da Saúde (MS) para integrar os ACS e ACE às práticas dos municípios visitados, esses profissionais ainda estão atuando de forma separada. Eles relataram uma atuação conjunta apenas em momentos específicos:

Olha, a gente trabalha em várias frentes. Além das ações que a gente faz com os agentes no dia a dia, trabalho de rotina deles diário, por exemplo, agora estão no período de ação. Qual é o período de ação? Onde foi que deu o mínimo que agora deu baixo risco, mas aqueles que deu um pouco mais de infestação do mosquito a gente botou três frentes, zona sul, zona central e zona norte, para estar fazendo esses logradouros, esses bairros que deram um pouco acima. ACE6_MA

A gente faz uma campanha? A gente faz essa campanha junto com os profissionais de saúde aqui da unidade e da epidemia. ACS2_JP

A integração desses profissionais é a base conceitual das Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue, com destaque para as ações em conjunto do ACE com o ACS(29)(30)(31). Em 2010, o MS definiu os critérios de regulamentação da incorporação do ACE à Atenção Primária à Saúde por meio da portaria nº 1.007/GM de 2010(32). Apesar da diretriz nacional, nos municípios visitados o trabalho dos ACS e ACE ainda não está acontecendo de forma integrada e efetiva.

Os agentes, no processo de comunicação das ações para a prevenção de dengue, zika e chikungunya junto à comunidade, são os emissores da mensagem que é comunicada com a comunidade, mas na dimensão anterior eles estão em comunicação com a ESF e a Vigilância –

respectivamente, o ACS e o ACE. Eles identificam as demandas informacionais da comunidade e suas próprias demandas, buscando apoio com suas equipes para atender a essas demandas.

Foi possível identificar no processo de comunicação dos ACS e dos ACE com a comunidade a dimensão da gestão da informação em saúde. A gestão da informação busca ampliar possibilidades na formulação de estratégias e na criação de oportunidades para o desenvolvimento de novas ações. Ela possui a capacidade de amenizar ou eliminar a ineficiência a partir da combinação de aspectos estratégicos e tecnológicos da informação, de modo a organizar e disponibilizar o conhecimento(39).

A gestão da informação atende a uma necessidade cada vez maior em todos os setores de atividade da sociedade. Dentro da gestão da informação, as decisões são tomadas a partir de informações que envolvem todos os ambientes da organização(39). Pensando na atuação dos agentes, as decisões desses profissionais levariam em consideração o todo que está envolvido no processo, o ambiente interno da unidade ou da vigilância e o ambiente externo do seu território.

É fundamental a gestão eficaz de todos os recursos de informação significativos para o trabalho dos agentes, tanto a de recursos gerados dentro da unidade como a dos produzidos externamente, e recorrendo, sempre que necessário, à tecnologia da informação. Segundo Quadros, “o planejamento e a gestão da informação, posicionados em favor do SUS, trariam agilidade e efetividade à dinâmica de gestão deste sistema”(39).

Quadros(39) refere-se ainda à gestão da informação no âmbito da saúde:

Quanto à análise conceitual da gestão da informação, junto ao ambiente da saúde, observa-se que esta pode ser categorizada como um instrumento de apoio ao processo decisório, possibilitando o conhecimento da realidade social e sanitária, epidemiológica, gerencial, demográfica, burocrática e orçamentária, subsidiando as ações de governo e o desenvolvimento das políticas públicas em saúde, contribuindo para a qualificação das ações da gestão e do controle social. p. 88.

Em alguns depoimentos, os ACE demonstraram realizar a gestão da informação em algum nível. Nas falas a seguir, os profissionais relatam a diferença entre o uso de larvicidas e a adoção de medidas educativas, bem como a importância de escolher o público com o qual você vai se comunicar:

Eu acho que a parte educativa. A parte educativa, é, a gente antigamente, a gente trabalhava muito com larvicida. Era larvicida para lá, larvicida para cá

e tal, mas ultimamente a gente vem trabalhando, principalmente o grupo aqui, o grupo que eu faço parte, do Distrito II, a gente botou de fazer mais parte educativa, e o resultado é surpreendente. Porque, se você vai para uma escola ou para uma creche e você começa a falar da dengue, fazer a parte educativa, aquelas crianças, elas são multiplicadoras. Elas vão chegar em casa, elas vão ver aquele pneu que está ali, elas vão retirar, “ó, papai, chega”, chama a atenção do pai, chama a atenção a mãe. Então essa parte educativa, eu acho que ela está sendo o carro-chefe de hoje em dia. Entendeu? A parte educativa é muito importante. ACE3_JP

É através do programa muito importante do PSE? A Agenda 21, ela diz, isso é muito importante, porque a gente faz multiplicadores de informações? Cê vê aquelas crianças? Elas chegam em casa, fala com os pais, fala com os vizinhos para ter o cuidado, o maior cuidado com os criadouros do mosquito Aedes aegypti. ACE4_JP

Uma etapa importante no que tange à gestão da informação é a obtenção do diagnóstico das necessidades informacionais, tanto para o próprio indivíduo – no caso, os agentes – quanto para o seu público, a comunidade do território de atuação:

Eu uso muito panfletos que vêm da Secretaria de Saúde e uso muito sala de espera, falo muito em sala de espera sobre esses assuntos e uso muito exemplo, exemplo igual o ano passado, 2016/2017 teve um surto de chikungunya aqui em Valadares. Aí eu uso muito o exemplo, sua vizinha teve, tá assim, se tratando com o fisioterapeuta até hoje por conta da chikungunya, aí as vezes o quintal dela não estava sujo, mas aí veio de outro quintal, aí eu uso muito exemplos com eles. ACS2_GV

Olha, a melhor maneira mesmo, assim, como a gente está usando a paródia, é uma maneira lúdica, interessante, que marca eles, assim, do que ficar falando, ou até tem pessoas que não sabem ler folders, tu tens que explicar, então a melhor maneira é a explicação. ACS10_GRA

O ACS2 relata a preferência pelo uso de panfletos para informar a população do seu território; já o ACS10 aborda a questão da dificuldade de leitura da comunidade da sua área. Daí a importância de se conhecerem as necessidades da população. Valentim pontuou algumas etapas essenciais para a gestão da informação – etapas essas que não foram identificadas nas falas dos entrevistados –, a saber: identificar necessidades/demandas de informação; mapear e reconhecer fluxos formais; desenvolver a cultura do compartilhamento/socialização de informação; proporcionar a comunicação informacional de forma eficiente, utilizando tecnologias de informação e comunicação; prospectar e monitorar informações; coletar, selecionar e filtrar informações; tratar, analisar, organizar, armazenar e agregar valor às informações, utilizando tecnologias de informação e comunicação; desenvolver e implantar

sistemas informacionais de diferentes naturezas, visando ao compartilhamento e ao uso de informação; elaborar produtos e serviços informacionais; elaborar e implantar normatizações visando à sistematização da informação produzida internamente e externamente; retroalimentar o ciclo(40).

Outra dimensão fundamental é a da qualidade da informação, principalmente no campo da saúde, em que informações insuficientes podem causar sérios prejuízos à saúde dos indivíduos e comunidades(41)(42). Além de realizar a gestão das informações no cotidiano de trabalho, os ACS e ACE precisam considerar a qualidade das informações que estão levando para a comunidade e a qualidade das informações sobre saúde que a comunidade está buscando e acessando.

A questão da informação nos leva para a próxima dimensão do processo de comunicação dos agentes com a comunidade; o acesso à informação por parte da comunidade é conseqüentemente o ruído, na Figura 4. Segundo Villela, no processo de comunicação bidirecional os indivíduos têm autonomia; cada pessoa é um interlocutor no meio em que vive. “Cada indivíduo é um emissor de informações úteis para a comunidade, e todas as pessoas devem ser instruídas para se transformarem em receptores capazes de extrair a ideia central das mensagens, tanto científicas como populares.”(43)

Buscou-se identificar quais são as fontes que a população utiliza para acessar informações sobre dengue, zika e chikungunya e, na percepção dos ACE, em primeiro lugar são os próprios agentes de endemias, durante a visita domiciliar. Surgiu também a figura do ACS. Além de se informar com os profissionais de saúde, segundo os ACE, a população também busca informação na Internet, nos meios de comunicação de massa, rádio e TV, e na mídia local (Figura 7):

E nós também tamo sempre em cima, né, a gente passa nas casas, entrega folhetos, conversa com, com a população. Então acredito que a tendência é cada vez o pessoal cuidar mais. ACE1_GRA

Através, principalmente, das informações que a gente leva para eles, a gente e os ACSs também fazem trabalho também. ACE4_MA

Meio de comunicação através de nós mesmo, através da Secretaria de Saúde, essas mesmas que estão... Até mesmo aqui da comunicação da prefeitura quando tem o... LIRAA a gente passa as informações para eles e para a população também. ACE1_GV

Olha, a gente trabalha em várias frentes. Além das ações que a gente faz com os agentes no dia a dia, trabalho de rotina deles diário, por exemplo, agora

doenças e agravos que são importantes problemas de saúde pública; aqui destacamos a dengue, a zika e a chikungunya.

Um dos desafios evidenciados é o desafio do agir comunicacionalmente em saúde para a prevenção de dengue, zika e chikungunya. Os relatos dos agentes de saúde e de endemias nos dão algumas pistas de como é o engajamento da comunidade para realizar as ações de prevenção às arboviroses. A comunicação em saúde, além de informar, influencia as decisões dos indivíduos e provoca mudanças no sentido de promover a saúde(9)(10):

Por mais que a gente divulga, que você explica, que fala como que tem que proceder, se voltar lá, dependendo da localidade aqui 15 dia depois está criando mosquito novamente, então a população não engaja com a gente, sabe, e não é falta de esclarecer, divulgar para ela não, simplesmente ela não está nem aí para o mosquito Aedes na verdade. ACE2_CN

O trabalho nosso se tornou uma rotina, assim, você conversa com o morador, explica para ele, faz exposição dos depósitos que ali foram encontrados, mostra, conversa, divulga, daqui a 30 dias/ daqui a 15 dias você volta, às vezes está até pior, o pessoal não dá muita atenção, quando a coisa aperta para o lado deles que tem alguém com suspeita de dengue aí desperta e acorda para a realidade, mas em si o pessoal anda muito tranquilo, entendeu? Se fosse/ o pessoal fizesse igual o Ministério da Saúde divulga, dez minutos por semana, a realidade nossa era outra, entendeu, você estava ali exterminando todos os depósitos que porventura podia criar o Aedes Aegypti, né? ACE3_CN

Um das principais dificuldades é a mesma, a falta de adesão da comunidade, que nem todo mundo/ tem muitos que ainda é uma barreira, assim, aqui, tipo, não quer abrir o quintal, principalmente se tem lá foco esse, quintal está muito sujo, eles não querem no quintal, a não ser que esteja precisando, assim, mas se não estiver precisando tem uns que não dão a mínima. ACS3_MA

A comunicação não está acontecendo adequadamente, de forma a provocar a mudança de comportamento nas pessoas do território de atuação dos profissionais aqui escutados. Na dimensão da promoção de saúde, a troca de informações entre os profissionais de saúde e a comunidade precisa ser bem-sucedida(9). Mais ainda, é impossível imaginar como uma informação pode ser transmitida de modo a promover escolhas saudáveis se quem está transmitindo a informação não sabe comunicá-la(9).

Para além do agir comunicacional, os agentes de saúde e de endemias precisam fazer a gestão da informação no seu cotidiano profissional. Segundo Quadros, a gestão da informação possui dois níveis: a informação constituída como um insumo estratégico, que fornece possibilidades de conhecimento da realidade interna e externa à organização; e a informação

como instrumento para o processo de tomada de decisão. Os dois níveis são essenciais para a realização do trabalho dos ACS e ACE.

Se pensarmos uma “massa informacional”(5), ela se relaciona com a infodemia, esse aumento no volume informações associadas a um assunto específico, as quais podem se multiplicar exponencialmente em pouco tempo devido a um evento específico, como é o caso da pandemia atual. Em situações como essa, surgem rumores e desinformação, além da manipulação de informações com intenção duvidosa(6). Está posto mais um desafio para os agentes de saúde e de endemias: superar o excesso de informações e a desinformação e realizar uma comunicação capaz de provocar a consciência sanitária na comunidade. Superar esse desafio e ter credibilidade com a comunidade é fundamental para promover a mudança de atitude nas pessoas:

Ó, porque eu vejo que a população, ela vai dar credibilidade à nossa palavra uma vez que ele saiba que a gente está indo ali pra fazer uma prevenção e uma promoção de saúde pra eles, a gente tá se importando com eles porque se a gente está se deslocando até a residência a gente sabe que muitos veem a importância, então eles valorizam esse trabalho sim, tem muitos que já têm essa consciência: “ Poxa, se eles estão vindo até a minha casa eu tenho que dar uma credibilidade a esse trabalho, eu vou procurar assim absorver o que eles estão informando, porque com certeza é de grande importância pra cada um”. ACS4_GV

Comunicar o que diz respeito a dengue, zika e chikungunya no contexto da pandemia do novo coronavírus é um desafio, e será necessário mais tempo para analisar o impacto dessa situação na prevenção das arboviroses. Embora seja muito cedo para falar dos impactos, já existem alguns indícios de que ele será prejudicial: os números das arboviroses diminuíram; porém, os agentes passaram muito tempo sem realizar a visita domiciliar, e a orientação era para de que as pessoas procurassem os serviços apenas em casos graves, para evitar o contágio pela COVID-19.

Além de ser atualmente um desafio para o processo de comunicação dos agentes de saúde e de endemias com a comunidade para a prevenção de dengue, zika e chikungunya, a gestão da informação torna-se imperativa para superar outros desafios, se considerarmos todo esse contexto. O ambiente de compreensão da gestão de informações ganha relevância na medida em que sua aplicabilidade depende do entendimento do papel dessa gestão por parte dos agentes comunitários de saúde e de endemias. É cada vez mais importante pensar o cidadão como usuário de informação sobre saúde pública(43).

Tudo isso diz respeito a uma relação em que as pessoas estão sendo dominadas por novas formas de se relacionar com o mundo, e esse novo modelo é mediado pela tecnologia e pelo excesso da informação; por isso, temos que fazer a gestão da boa informação, prezando pela qualidade da informação. É necessário que tenhamos uma relação de evitar/superar os desafios a partir de um movimento dos próprios ACS e ACE enquanto lideranças comunitárias, formadores de opinião, sujeitos que são os mediadores das relações do Estado para com a população usuária do SUS no que diz respeito não só às arboviroses, mas a qualquer outro tipo de doenças e agravos. O objetivo é, então, fazer com que eles sejam cada vez mais comunicadores promotores de saúde.

ENCAMINHAMENTOS FUTUROS

Para superar os desafios do processo comunicacional dos ACS e ACE, é necessário alcançar a sustentabilidade definitiva nas ações de comunicação para a prevenção das arboviroses. Na perspectiva da saúde, é necessário buscar a articulação diária entre a Vigilância Epidemiológica e Entomológica e a Atenção Básica, integrando suas atividades de maneira a otimizar as ações de prevenção às endemias, considerando especialmente o trabalho desenvolvido por esses agentes.

De acordo com o Ministério da Saúde, cabe ao gestor local definir claramente o papel e a responsabilidade de cada um deles, ACS e ACE, e, de acordo com a realidade local, estabelecer os fluxos de trabalho. O ACS pode e deve vistoriar sistematicamente os domicílios e peridomicílios para controle da dengue e, caso identifique criadouros de difícil acesso, deve acionar um ACE de sua referência(44).

Uma das limitações do estudo é o fato de que não podemos extrapolar seus resultados para o Brasil todo. Porém, os presentes achados nos dão pistas do que precisamos fazer para aprimorar o processo de informação e comunicação dos agentes de saúde e de endemias, a começar pela integração na prática das ações dos dois profissionais, de modo a otimizar ações de prevenção a dengue, zika e chikungunya e assim reduzir os números da tríplice epidemia.

É preciso superar o desafio da gestão da informação para assim otimizar o processo de comunicação com os usuários do SUS, bem como melhorar as ações de prevenção às arboviroses, com o intuito de contribuir para a superação dos desafios. Proponho a criação de um manual de gestão da informação para os agentes de saúde e de endemias.

Além disso, com o intuito de contribuir com os profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde dos municípios visitados para a realização desta pesquisa, pretendo elaborar uma súmula com recomendações aos gestores, encaminhar uma carta aos ACS e ACE que colaboraram com esta pesquisa e realizar um encontro on-line para socializar os achados da pesquisa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Montero A. Chikungunya fever – A new global threat. Med Clínica (English Ed [Internet]. 7 de agosto de 2015 [citado 9 de dezembro de 2020];145(3):118–23. Available at: <http://www.elsevier.es/en-revista-medicina-clinica-english-edition--462-articulo-chikungunya-fever-a-new-S2387020616000516>
2. Rudd PA, Mahalingam S. Fighting back against chikungunya [Internet]. Vol. 15, The Lancet Infectious Diseases. Lancet Publishing Group; 2015 [citado 9 de dezembro de 2020]. p. 488–9. Available at: <http://dx.doi.org/10.1016/>
3. Brasil M da S. SINANWEB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO [Internet]. [citado 9 de dezembro de 2020]. Available at: <https://portalsinan.saude.gov.br/>
4. Hannah Arendt. A condição humana . 10º ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária ; 2007.
5. Byung-Chul Han. No enxame: Perspectivas do digital [Internet]. 1º ed. 2018 [citado 9 de dezembro de 2020]. Available at: https://www.amazon.com.br/dp/B07J2V8VRN/ref=dp-kindle-redirect?_encoding=UTF8&btkr=1
6. ENTENDA A INFODEMIA E A DESINFORMAÇÃO NA LUTA CONTRA A COVID-19 DEPARTAMENTO DE EVIDÊNCIA E INTELIGÊNCIA PARA AÇÃO EM SAÚDE VICE-DIRETORIA www.paho.org/ish Página informativa N.5 [Internet]. [citado 9 de dezembro de 2020]. Available at: www.paho.org/ish
7. Freire P. Pedagogia do oprimido. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1970.
8. Wolton D. Informar não é comunicar [Internet]. 1º ed. Editora Sulina; 2010 [citado 7 de dezembro de 2020]. 96 p. Available at: <https://www.amazon.com.br/Informar-não-Comunicar-Dominique-Wolton/dp/8520505589>
9. Corcoran N. Comunicação em Saúde - Estratégias para Promoção de Saúde [Internet]. 1º ed. Roca, organizador. 2011 [citado 7 de dezembro de 2020]. Available at: <https://www.amazon.com.br/Comunicação-Saúde-Estratégias-Para-Promoção/dp/857241889X>
10. Teixeira JAC. Comunicação em saúde: Relação Técnicos de Saúde - Utentes [Internet]. Vol. 22, Aná. Psicológica. 2004 [citado 7 de dezembro de 2020]. Available at: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-

82312004000300021

11. Berlo DK. O processo de comunicação: introdução a teoria e a prática. . 8º ed. São Paulo: Martins Fontes; 1997.
12. Mendonça V. Os processos de comunicação e o modelo todos-todos: uma relação possível com o programa saúde da família [Internet]. Tempus na Saúde Coletiva. 2007. 60 p. Available at: <http://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-16026>
13. Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web. Ciência da Informação [Internet]. 2004 [citado 17 de novembro de 2020];33(1):81–90. Available at: <http://hitiweb.mitrotek.org/docs/policy.html>
14. Barreto AA. A QUESTÃO DA INFORMAÇÃO. São Paulo em Perspectiva. 1994;
15. Leite RAF, Brito ES de, Silva LMC da, Palha PF, Ventura CAA, Leite RAF, et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. Interface - Comun Saúde, Educ [Internet]. dezembro de 2014 [citado 17 de novembro de 2020];18(51):661–72. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400661&lng=pt&tlng=pt
16. Demo P. INCLUSÃO DIGITAL - cada vez mais no centro da inclusão social [Internet]. Vol. 1, Inclusão Social. 2005 out [citado 17 de novembro de 2020]. Available at: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1504/1691>
17. Brasil M da S. Política Nacional de Atenção Básica - PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017 [Internet]. 2017 [citado 7 de dezembro de 2020]. Available at: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
18. Starfield B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2002 [citado 7 de dezembro de 2020]. 726 p. Available at: [https://scholar.google.com/scholar?oi=gsb95&q=Atenção primária%3A equilíbrio entre necessidades de saúde%2C serviços e tecnologia&lookup=0&hl=pt-BR](https://scholar.google.com/scholar?oi=gsb95&q=Atenção%20primária%3A%20equilíbrio%20entre%20necessidades%20de%20saúde%2C%20serviços%20e%20tecnologia&lookup=0&hl=pt-BR)
19. SOUSA MF. Saúde da Família e os Conceitos Necessários. In: Programa Saúde da Família no Brasil Análise da desigualdade no acesso à Atenção Básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007. p. 250-undefined.
20. SOUSA MF (org). A Coragem do PSF. São Paulo : Hucitec; 2001.
21. França LS, De Macedo CMA, Vieira SNS, Santos AT, Sanches GDJC, Silva JM, et al.

- Desafios para o controle e prevenção do mosquito aedes aegypti. Rev Enferm UFPE line [Internet]. 4 de dezembro de 2017 [citado 9 de dezembro de 2020];11(12):4913. Available at: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a25059p4913-4918-2017>
22. Schmidt LK. *Hermenêutica*. 3º ed. Petrópolis, RJ : Editora Vozes; 2012.
 23. Schleiermacher FDE. *Dialektik*, In: Gadamer HG. *Verdade e método*. Petrópolis , RJ: Vozes; 1999.
 24. Gadamer H-G 1900-2002. *Verdade e método traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica*.
 25. Stein E. *DIALÉTICA E HERMENÊUTICA Uma controvérsia sobre o método em Filosofia* [Internet]. Porto Alegre; 1983 [citado 3 de dezembro de 2020]. p. 21–48. Available at: <http://faje.edu.br/periodicos/index.php/Sintese/article/view/2087/2381>
 26. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* . 1º ed. São Paulo: Hucitec; 2014. 416 p.
 27. Minayo MC de S, Deslandes SF. *Caminhos do pensamento epistemologia e método*. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ; 2002.
 28. Minayo MC de S. *Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade*. Cien Saude Colet [Internet]. março de 2012 [citado 24 de agosto de 2017];17(3):621–6. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000300007&lng=pt&tlng=pt
 29. Minayo MC de SC, FG. *Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura*. Rev Saúde Pública. 2010;44:750–7.
 30. Minayo MC de S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2013.
 31. Brasil I. Brasil, *Instituído Brasileiro de Geografia e Estatística | Portal do IBGE | IBGE* [Internet]. [citado 4 de dezembro de 2020]. Available at: <https://www.ibge.gov.br/>
 32. Araújo LFS, Petean E, Dos C, Musquim A, Bellato R, Lucietto GC. *DIÁRIO DE PESQUISA E SUAS POTENCIALIDADES EM PESQUISA QUALITATIVA* [Internet]. 2013 [citado 3 de dezembro de 2020]. Available at: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n3/pdf/v10n3a32.pdf>.
 33. Silva Alencar O, Angela Alves do Nascimento M, Rodrigues Alencar B. *HERMENÊUTICA DIALÉTICA: UMA EXPERIÊNCIA ENQUANTO MÉTODO DE ANÁLISE NA PESQUISA SOBRE O ACESSO DO USUÁRIO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA*. Vol. 25, Rev Bras Promoç Saúde. 2012.

34. Taquette SR. Análise de Dados de Pesquisa Qualitativa em Saúde. 2016 [citado 6 de dezembro de 2020]; Available at: <https://www.proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/790/777>
35. Brasil M da SS de V em S. O agente comunitário de saúde no controle da dengue [Internet]. 2009 [citado 9 de dezembro de 2020]. Available at: www.saude.gov.br/dab
36. Teixeira ER, Veloso RC. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. *Texto Context - Enferm* [Internet]. junho de 2006 [citado 9 de dezembro de 2020];15(2):320–5. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000200017&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
37. Paula A, Becker S, Lorenzetti Da Rocha N. Ações de promoção de saúde em sala de espera: contribuições da Psicologia. 2017.
38. Dornelles RODRIGUES A, Rigon DALLANORA C, da ROSA J, Regina Müller GERMANI A. SALA DE ESPERA: UM AMBIENTE PARA EFETIVAR A EDUCAÇÃO EM SAÚDE *Waiting room: an environment for effective health education*.
39. Quadros Borges F. GESTÃO DA INFORMAÇÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. *Rev Adm FACES J* [Internet]. 7 de outubro de 2014 [citado 7 de dezembro de 2020];13(2):83–98. Available at: <http://www.fumec.br/revistas/facesp/article/view/2021>
40. MARTA LIGIA POMIM VALENTIM. ORGANIZAÇÕES DO CONHECIMENTO - GESTÃO DA INFORMAÇÃO E GESTÃO DO CONHECIMENTO: ESPECIFICIDADES E CONVERGÊNCIAS [Internet]. 2004 [citado 7 de dezembro de 2020]. Available at: http://www.ofaj.com.br/colunas_conteudo.php?cod=88
41. Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web [Internet]. [citado 17 de novembro de 2020]. Available at: <http://hitiweb.mitretek.org/docs/policy.html>
42. Pereira Neto A de F, Paolucci R, Daumas RP, Souza RV de. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. *Cien Saude Colet* [Internet]. 1 de junho de 2017 [citado 7 de dezembro de 2020];22(6):1955–68. Available at: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017002601955&lng=pt&tlng=pt
43. Villela EF de M, de Almeida MA. Representações sociais sobre dengue: Reflexões sobre a mediação da informação em saúde pública. *Saude e Soc* [Internet]. janeiro de 2013 [citado 7 de dezembro de 2020];22(1):124–37. Available at:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902013000100012&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

44. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Diretrizes Nacionais para a Prevenção e Controle de Epidemias de Dengue [Internet]. 2009 [citado 9 de dezembro de 2020]. Available at: <http://www.saude.gov.br/bvs>

APÊNDICES

Instrumento de pesquisa – comunicação de risco e as arboviroses: dengue, zika e chikungunya

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UBSF – ACS e ACE

Pergunta de pesquisa: Qual é a percepção dos ACS e ACE em relação à comunicação dos riscos das epidemias de dengue, zika e chikungunya?

Critérios de inclusão:

- ✓ Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) com adesão ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde e ao Programa de Saúde da Família;
- ✓ Agente de Combate às Endemias (ACE) incluso na equipe;
- ✓ UBSF com o maior número de famílias atendidas.

Critérios de exclusão:

- ✓ Unidades básicas de saúde no modelo tradicional de Atenção Básica.

Duração prevista: 20 minutos

Identificação/perfil:

- a) Nome da unidade:
- b) Data:
- c) Município:
- d) Profissional: (X) ACS (X) ACE
- e) Idade:
- f) Tempo de trabalho na profissão? Há quanto tempo trabalha nesta unidade? Já trabalhou em outra unidade? Por quanto tempo?
- g) Escolaridade/formação:
- h) Você já buscou ou teve acesso a capacitação sobre dengue, zika e chikungunya? Se houve capacitação, onde foi realizada e qual foi a duração do curso?

- i) Você já buscou ou teve acesso a capacitação sobre comunicação em saúde? Se houve capacitação, onde foi realizada e qual foi a duração do curso?

Bloco 1 – PROCESSO DE TRABALHO E RESULTADOS

Contextualização: Conte brevemente sua rotina de trabalho com a comunidade no território e logo após sobre um dia de trabalho no combate ao mosquito *Aedes aegypti*.

1. Você poderia nos dizer quais são as maiores dificuldades vividas no dia a dia de um ACE/ACS para o cumprimento do seu trabalho?
2. Como você considera que tem sido a mobilização dos moradores da comunidade na prevenção de dengue, zika e chikungunya? Quais são as dificuldades que eles enfrentam? Você considera que houve avanços ou diferenças entre os bairros ou comunidades?

Bloco 2 – CONCEITOS – OBJETO (D, Z, C)

3. Como a população do seu território fica sabendo dos perigos à saúde relacionados a essas arboviroses?

Bloco 2.1 – CONCEITOS – OBJETO (Risco)

4. O que você entende por situação de risco para dengue, zika e chikungunya? Quais são os principais riscos que você já encontrou nas residências?

Bloco 2.2 – CONCEITOS – OBJETO (Comunicação em Saúde/IEC)

5. Em sua opinião, quais são as melhores maneiras de explicar/informar/comunicar sobre risco para dengue, zika e chikungunya para a comunidade?
O que as UBS e as equipes geralmente fazem?

Bloco 3 – ESTRATÉGIAS – ORGANIZAÇÃO

6. Qual a importância de sair da UBS e trabalhar direto com a comunidade na sua prática profissional? O que ocorre? O que você aprende e o que você ensina?

Bloco 4 – INSTRUMENTOS ADOTADOS

7. Você já viu algum destes cartazes sobre dengue, zika e chikungunya? Você confecciona os seus próprios cartazes? (Mostrar os cartazes das campanhas selecionadas.) Você conhece

estes cartazes? Você já trabalhou com este material na UBS ou na comunidade? Qual? Como? Você percebe diferenças no conteúdo dos cartazes? Quais você considera que chamam mais atenção ou são mais eficientes/importantes para mobilizar os moradores? (USAR FOLHA DE ANÁLISE.)

Bloco 5 – PARCEIROS

8. Onde ou com quem você encontra apoio para facilitar o desenvolvimento de suas atividades na prevenção da dengue, zika e chikungunya junto à comunidade?

Bloco 6 – COMPLEMENTAR

9. Quais as suas impressões sobre a aplicação de larvicidas e inseticidas nos domicílios? E quanto ao "fumacê" lançado por carros pelas ruas?

10. Como você acha que tem sido o trabalho das autoridades no combate aos mosquitos em sua região? O que você sugeriria às autoridades para melhorar esse combate?

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “ArboControl: gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça.

O objetivo desta pesquisa é contribuir com o programa nacional de controle do mosquito *Aedes aegypti*, transmissor das doenças: dengue, zika e chikungunya.

A sua participação será por meio da participação em grupos de diálogo e entrevistas individuais, que serão gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Haverá ainda o registro fotográfico e em vídeo. O tempo estimado para a realização é entre 20 minutos e 1 hora.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, que, por se tratar de conversas, eventualmente os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que o participante está resguardado de que suas informações pessoais/identidade não serão reveladas. No que diz respeito aos riscos, é possível que ocorra incompreensão dos termos utilizados pela equipe de pesquisa, fortes emoções diante de problemas correlacionados a problemas pessoais e exposição diante do grupo. Quanto aos benefícios, há a contribuição para o fortalecimento das redes sociais para prevenção e controle das doenças, conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso crítico, contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, educação e comunicação em saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) Senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável.

Se você tiver qualquer dúvida em relação a esta pesquisa, por favor entre em contato com o NESP/UnB em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça, na Universidade de Brasília, no Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP/UnB),

pelo telefone (61) 3340-6863, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail (valeriamendonca@gmail.com).

Quanto à possibilidade de indenização e ressarcimento de despesas, os possíveis casos serão avaliados junto à fonte financiadora desta pesquisa: Ministério da Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde, com gestão de recursos pela Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos (FINATEC).

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde (CEP/FS) da Universidade de Brasília. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, com horário de atendimento de 10h00min a 12h00min e de 13h30min a 15h30min, de segunda a sexta-feira.

O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias. Uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Nome/assinatura

Pesquisador responsável/Nome e assinatura

_____ de _____ de _____

Diário de campo – Projeto ArboControl – Governador Valadares-MG

Mestranda: Luana Dias da Costa

Campo 7 – Governador Valadares-MG (25 a 29 de novembro de 2018)

Do dia 25 ao dia 29 de novembro, a equipe do Projeto ArboControl esteve na região Sudeste, no estado de Minas Gerais, no município de Governador Valadares, localizado no Vale do Rio Doce, a leste da capital do estado. A estimativa da população para 2018 era de 278.685 habitantes, e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) era de 0,727, bem próximo do IDH do estado, que era de 0.731 em 2010.

Imagem 1. Pico do Ibituruna, Governador Valadares-MG



Fonte: Própria, 2018

A equipe foi composta por Carolina Magalhães, Luana Dias e Priscila Torres. Valadares foi um dos municípios selecionados por atender a todos os critérios de seleção. É um município que está em situação de risco, de acordo com o Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti*. Apesar de um dos pesquisadores do projeto ser do município, toda a articulação com a

Secretaria de Estado da Educação e a Secretária Municipal de Saúde por meio da Coordenação da Atenção Básica e da Vigilância Epidemiológica se deu via telefone e e-mail.

Imagem 2. Equipe do Projeto ArboControl e da Secretaria de Estado da Educação, Governador Valadares



Da esquerda para a direita: Carolina, Maria do Socorro (analista educacional da Superintendência Regional), Priscila, Rubia (assessora da superintendente) e Luana
Fonte: Própria, 2018

Quando chegamos, já tínhamos uma agenda pré-definida com a Socorro, da Secretaria de Estado da Educação. No dia 26, pela manhã, saímos da reunião com três escolas estaduais pactuadas e duas oficinas com membros da comunidade. No dia 27, pela manhã, a agenda era com o pessoal da saúde, com a Socorro, a coordenadora pedagógica, a coordenadora da Atenção Básica, os coordenadores das Zoonoses e a coordenadora da Vigilância Epidemiológica. Na reunião, o campo foi autorizado e já marcamos com os agentes de combate às endemias.

Primeiro dia em Governador Valadares (26/11/2018)

Na segunda pela manhã, fomos à Superintendência Regional de Ensino. O nosso contato lá foi a Maria do Socorro, que é analista educacional da Superintendência Regional de Ensino. O campo foi previamente pactuado com ela. Saímos da reunião com algumas agendas para a segunda-feira: duas escolas para realizarmos entrevistas com professores e duas oficinas.

Primeira escola: Escola Estadual Euzébio Cabral

Imagem 3. Fachada da Escola Estadual Euzébio Cabral



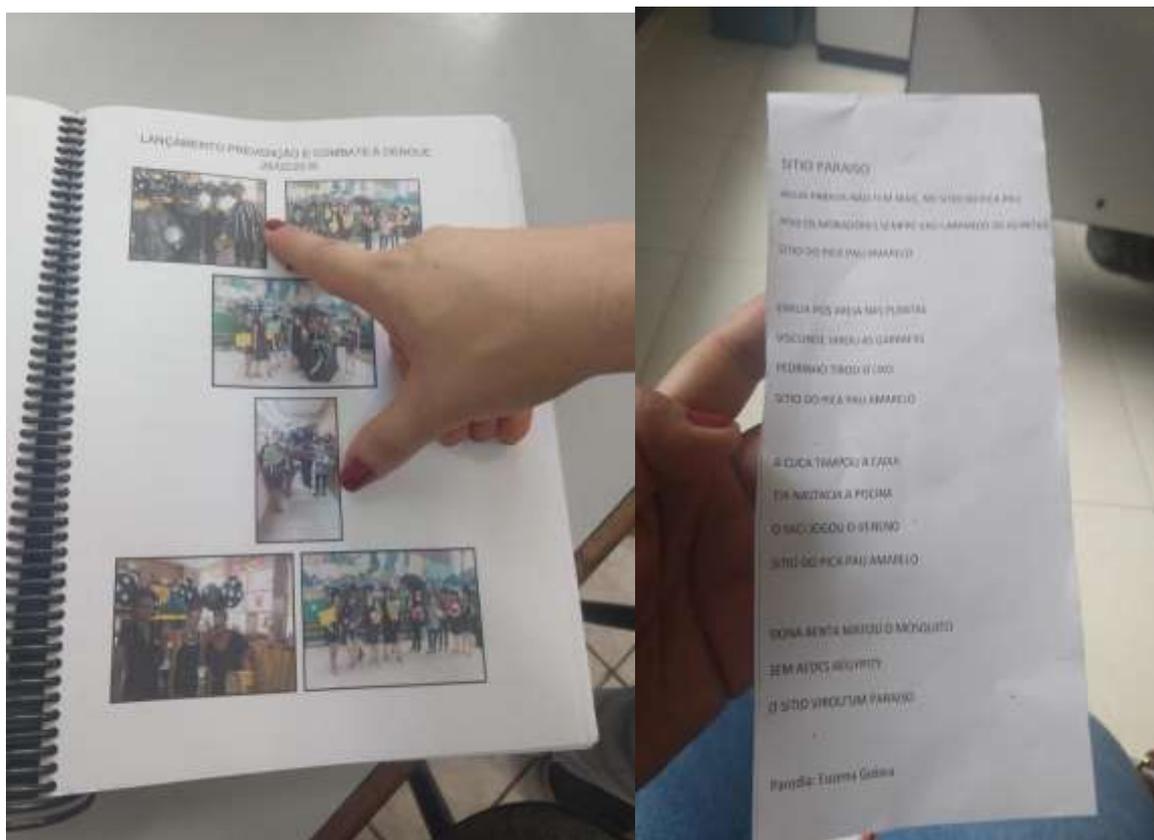
Fonte: Própria, 2018

A escola Estadual Euzébio Cabral adere ao Programa Saúde Escola (PSE), o que é um dos critérios de inclusão do Projeto ArboControl. Ao chegarmos à escola, falamos com a diretora, a Elizete, que já estava nos esperando. A Socorro da Superintendência já havia ligado e informado à diretora que nós iríamos visitar a escola. A Elizete nos apresentou à supervisora da escola, a Stella Costa. Explicamos o Projeto ArboControl e os objetivos da nossa pesquisa para os professores: saber se os professores trabalham o tema dengue, zika e chikungunya e conhecer a metodologia adotada pelos professores em sala para atividades sobre o tema.

Entrevistamos três professores, porque a escola estava no horário da aula e os alunos são das séries iniciais; não era possível que os professores se ausentassem das salas. A escola realiza várias atividades na perspectiva do combate ao *Aedes aegypti*. Em 2016, eles realizaram uma atividade que envolve todas as pessoas que trabalham na escola: houve um teatro, os professores se fantasiaram de mosquito.

A diretora da escola nos levou até a sala dos professores para que pudéssemos realizar a entrevista lá e aproveitar o intervalo dos professores de uma turma para outra. A sala é um espaço de convivência dos professores; é um local bem movimentado pelos professores e demais funcionários da escola. No dia da nossa visita à escola, uma das professoras estava ensaiando uma paródia do *Sítio do Pica-Pau Amarelo* com os alunos. Essa atividade é coordenada pela professora Euzena Gobira, professora temporária que também cuida da biblioteca.

Imagem 4. Atividades voltadas para o combate ao *Aedes aegypti* da Escola Euzébio de Cabral



Fonte: Própria, 2018

Todas as atividades que a escola desenvolve estão no Portfólio de Serviços Pedagógicos. A escola nos mostrou o portfólio do ano de 2016, ano da atividade em que eles fizeram o teatro. No portfólio, encontramos também o cartaz da #ZikaZero. Em uma conversa com a equipe para a pesquisa, a Stella destacou a importância de que as atividades que as pessoas levam para a escola seja adequada à idade das crianças, para que as crianças se envolvam e tenham um aproveitamento satisfatório nas atividades propostas.

Imagem 6. Ambiência da escola



Fonte: Própria, 2018

Imagem 7. Planejamento da Semana de Educação para a Vida



Fonte: Própria, 2018

Segunda escola: Escola Estadual Dona Arabela de Almeida Costa

A segunda escola foi a Escola Estadual Dona Arabela de Almeida Costa. Lá falamos com o Max, o diretor, que organizou para entrevistarmos os professores e também nos concedeu uma entrevista em vídeo. A Escola Dona Arabela também estava em horário de aula; com isso, só conseguimos entrevistar quatro professores. Na entrevista que eu realizei, tive a impressão de que a professora não se envolve tanto em ações relacionadas à temática da pesquisa. A escola de modo geral parece que não realizar muitas atividades relacionadas a arboviroses.

Imagem 8. Faixa na entrada da Escola Estadual Dona Arabela de Almeida Costa



Fonte: Própria, 2018

Primeira oficina: turma de EJA da Escola Estadual Bom Pastor

Quando articulamos as escolas, conseguimos também duas oficinas em uma das escolas. A primeira oficina foi com a turma do EJA da Escola Bom Pastor. As pessoas que participaram da oficina eram mais jovens, na faixa entre 18 a 25 anos, e muitos participantes eram do sexo masculino. Era um pessoal bem participativo, apesar de serem jovens. No primeiro bloco de vídeos, de quase 20 participantes, menos de cinco conheciam algum dos vídeos, e no segundo bloco o resultado foi bem parecido.

Imagem 9. Fotos da oficina com a turma da EJA



Fonte: Própria, 2018

Segunda oficina: turma do Normal da Escola Estadual Bom Pastor

O público da segunda oficina era exclusivamente composto por mulheres na faixa entre 29 e 40 anos, a maioria donas de casa. Era um grupo menor, e isso facilitou bastante a participação de todas; elas eram bem entrosadas. Com relação aos blocos de campanhas, a maioria não conhecia os vídeos. Algo que apareceu muito no discurso dos participantes das duas oficinas foi a necessidade de maior punição para a população, para pessoas que não limpam o quintal.

Imagem 10. Fotos da oficina com a turma do Normal



Fonte: Própria, 2018

Na escola, utilizamos uma sala que tem equipamentos para aulas multimídia. Nas paredes da sala, havia cartazes sobre diversidade de gênero, respeito e aceitação do outro.

Imagem 11. Fotos dos cartazes da parede da sala da Escola Bom Pastor



Fonte: Própria, 2018

Segundo dia em Governador Valadares (27/11/2018)

No segundo dia em Valadares, tivemos uma reunião com a Socorro, a coordenadora pedagógica, a coordenadora da Atenção Básica, os coordenadores das Zoonoses e a coordenadora da Vigilância Epidemiológica. Quando a equipe do ArboControl realizou o contato prévio, nos informaram de que precisavam de uma reunião para liberar o campo. No encontro, conseguimos marcar para entrevistar os ACE no dia 27 de novembro, no final da tarde. Na reunião, tive a impressão de que estavam tentando centralizar os processos e ficaram muito interessados nos Componentes 1 e 2 do projeto: eles fizeram várias perguntas referentes a esses componentes.

Imagem 12. Foto com pessoal da Vigilância Epidemiológica



Fonte: Própria, 2018

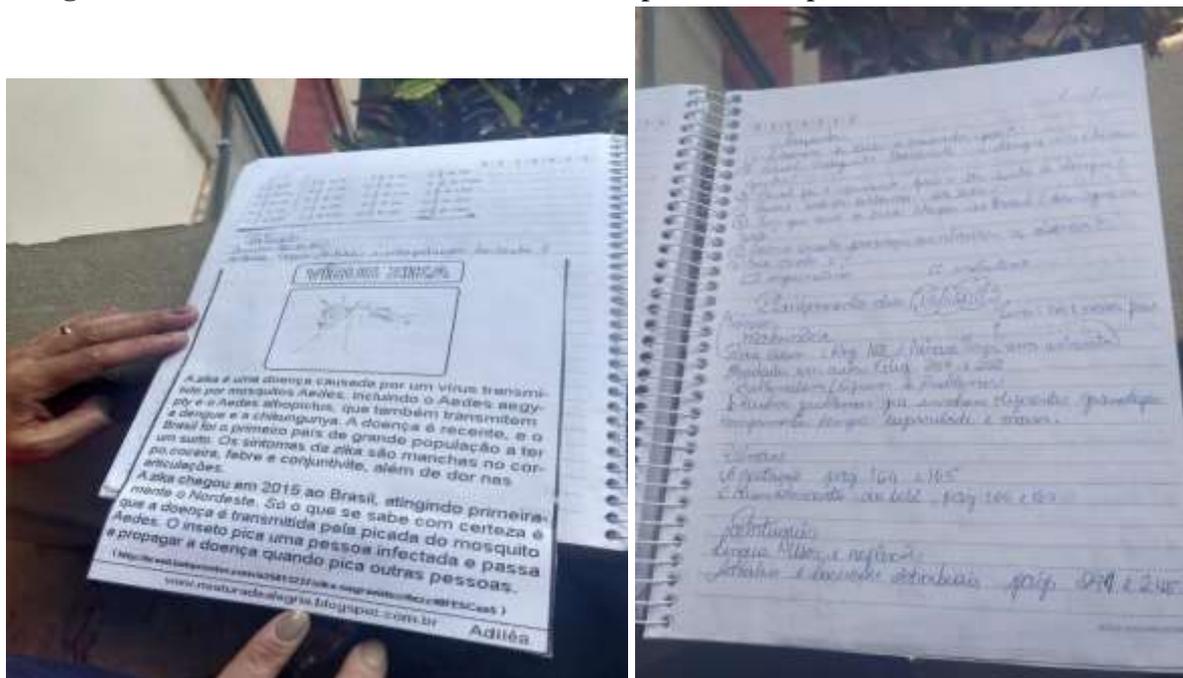
Ainda no dia 27, tínhamos mais uma escola marcada, além das entrevistas com os ACE no Centro de Zoonoses.

Terceira escola: Escola Estadual Bom Pastor

A escola fica em uma região de morro – um dos morros mais altos da cidade – e, com isso, alguns serviços de infraestrutura urbana são mais escassos, como água nas torneiras. O local tem água encanada, mas muitas vezes ela não chega até a torneira. Outro problema é a coleta de lixo: em muitos lugares o caminhão não sobe. Foi-nos relatado que os garis sobem a pé e vão jogando o lixo em cima de uma lona; depois, descem arrastando a lona com o lixo. No meio desse processo, vários resíduos ficam perdidos pelo caminho.

Entrevistamos cinco professoras na escola. Eu entrevistei duas – uma delas estava trabalhando um texto sobre zika com as crianças.

Imagem 13. Material trabalhado em sala de aula por uma das professoras entrevistadas



Fonte: Própria, 2018

Centro de Controle de Zoonoses de Governador Valadares

No Centro de Zoonoses, entrevistamos cinco agentes. A visita foi pactuada com a chefia dos agentes, e percebemos em algumas entrevistas que as pessoas foram coagidas a participar das entrevistas. Depois da leitura e apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, percebemos alguns comentários como “tenho que fazer mesmo, né”, “fulano falou que tenho que fazer”.

As pesquisadoras realizaram as entrevistas ao mesmo tempo em lugares diferentes. Em uma das salas, o chefe se sentou ao lado do ACE durante a entrevista; foi bem perceptível o quanto ele ficou nervoso na presença da chefia. Em outra sala, a supervisora também permaneceu no lugar durante a entrevista.

Quando perguntados sobre a rede de apoio – se eles recebem algum tipo de apoio –, todos mencionaram o apoio do chefe.

Imagem 13. Foto com os agentes de controle de endemias de Governador Valadares



Fonte: Própria, 2018

Terceiro dia em Governador Valadares (28/11/2018)

No terceiro dia, realizamos a terceira oficina e visitamos duas unidades de saúde.

Terceira oficina: grupo de prática de atividade física do São Pedro II

O grupo que participou da oficina era composto por mulheres, donas de casa. Elas foram bem participativas; falaram das práticas que fazem em casa para acabar com os reservatórios de água que servem de criadouro para o *Aedes aegypti*.

Imagem 14. Foto da oficina com o grupo de prática de atividade física do São Pedro II



Fonte: Própria, 2018

Primeira unidade de saúde: Estratégia Saúde da Família Santa Efigênia

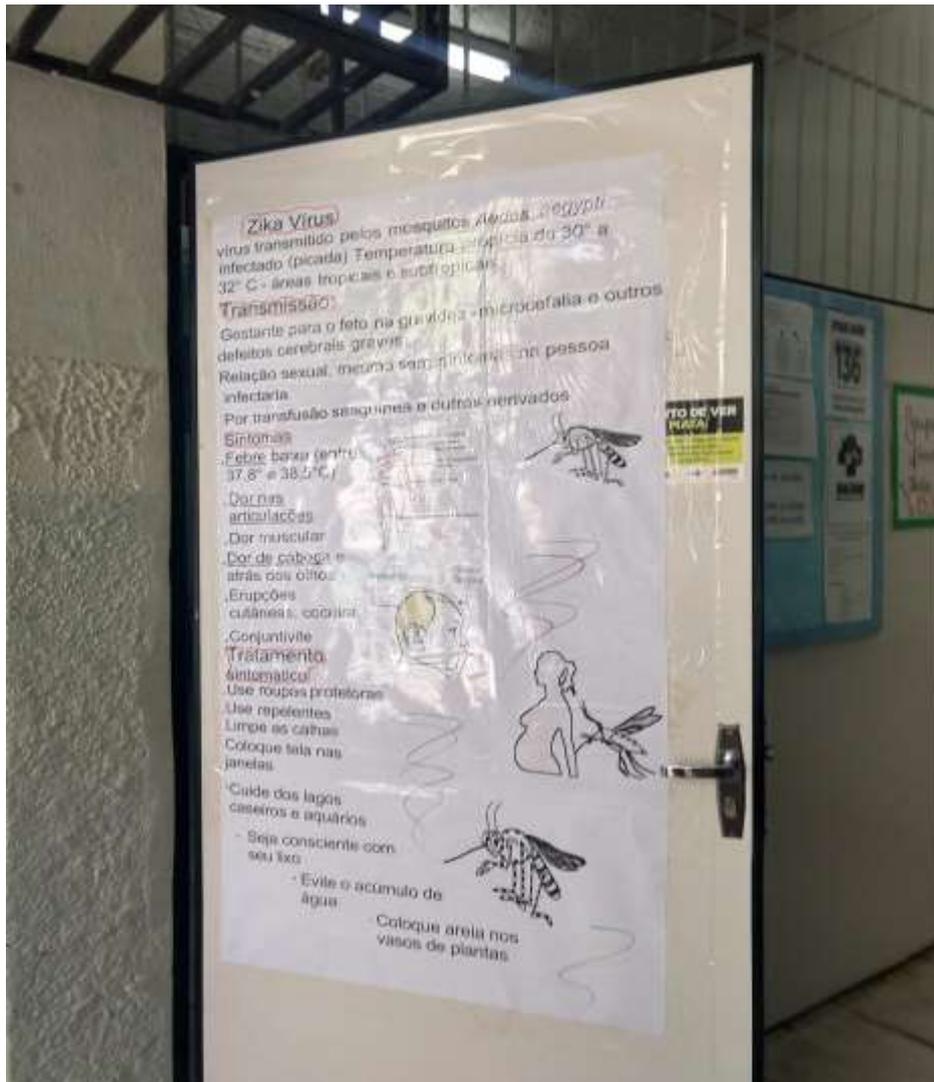
A primeira unidade de saúde que nós visitamos foi a Santa Efigênia. O território da equipe fica em uma região de morro; além disso, em frente à unidade há um córrego que tem esgoto a céu aberto. Na unidade, os profissionais realizam atividades na sala de espera, falam sobre as doenças que têm o *Aedes* como vetor. Entrevistamos a enfermeira, a técnica, o médico – era o primeiro dia dele na equipe – e três ACS.

Imagem 15. Foto tirada em frente à unidade Estratégia Saúde da Família Santa Efigênia



Fonte: Própria, 2018

Imagem 16. Porta da sala de espera da unidade Estratégia Saúde da Família Santa Efigênia



Fonte: Própria, 2018

Imagem 17. Fachada da unidade Estratégia Saúde da Família Santa Efigênia



Fonte: Própria, 2018

Segunda unidade de saúde: Estratégia Saúde da Família São Pedro II

As equipes de saúde do São Pedro II ficam em um território que é considerado um bairro mais central, um dos mais antigos da cidade, e seguro, segundo os moradores de lá, que são de classe média. Os ACS relatam que lá os focos que eles mais encontram são as calhas e as plantas; as pessoas têm muitas plantas em casa. Na unidade, entrevistamos uma enfermeira, uma técnica e cinco ACS.

Encontramos um mosquito *Aedes aegypti* lá na unidade.

Imagem 18. Mosquito *Aedes aegypti* encontrado na unidade de Estratégia Saúde da Família São Pedro II



Fonte: Própria, 2018

Quarto dia em Governador Valadares (29/11/2018)

No quarto e último dia em Governador Valadares, visitamos a unidade de saúde Mãe de Deus e a Estação de Transbordo de Resíduos Sólidos de Governador Valadares. Antes, esta era um aterro/lixão a céu aberto; já há alguns meses vem passando por um processo de recuperação. Agora lá “não tem” mais lixo a céu aberto; o lixo só fica por um curto período de tempo e depois é levado para o aterro sanitário, que fica em uma cidade vizinha. Em Valadares, eles vão criar um parque ecológico, na área onde era o lixão, aberto para visitação e com aulas sobre a história do lixão e manejo de resíduos para crianças.

Terceira unidade de saúde: Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus I e II

A unidade de saúde Mãe de Deus fica em uma região de morro e de lixão. As pessoas que moram lá têm o hábito de acumular coisas, e os profissionais de saúde relataram que às vezes é difícil passar as orientações para os moradores em relação ao acúmulo de lixo e conseqüentemente ao acúmulo de água. Esse ambiente é propício para vários vetores.

Na unidade, entrevistamos uma médica, duas enfermeiras, uma técnica e dois ACS.

Imagem 19. Mapa do território da equipe de Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus I



Fonte: Própria, 2018

Imagem 20. Mapa do território da Equipe de Estratégia Saúde da Família Mãe de Deus II



Fonte: Própria, 2018

Imagem 20. Foto com os profissionais que trabalham nas unidades de saúde Mãe de Deus I e II



Fonte: Própria, 2018

Imagem 21. Foto do mural da unidade



Fonte: Própria, 2018

Imagem 22. Ambiência da unidade; sala de espera



Fonte: Própria, 2018

Artigo submetido

Como informações de qualidade contribuem para a autonomia do cuidado com dengue, Zika e chikungunya

How quality information contributes to the autonomy of care with dengue, Zika and
chikungunya

Luana Dias da Costa, Costa, L.D. - Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (PPGSC/FS/UnB),
ludias02@gmail.com, ORCID:0000-0001-8494-7733

Ana Valéria M. Mendonça, Mendonça, A.V.M. - Departamento de Saúde Coletiva da
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (DSC/FS/UnB),
valeriamendonca@gmail.com, ORCID: 0000-0002-1879-5433.

Resumo: Trata-se de uma investigação documental acerca do que publicam os gestores do Sistema Único de Saúde sobre as arboviroses dengue, Zika e chikungunya. Tem como objetivo analisar a qualidade da informação sobre estas arboviroses em 10 sites de Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde de municípios brasileiros, de acordo com a disponibilidade do ambiente e os critérios da qualidade da informação aplicados. E o acesso às informações em saúde por meio de sites oficiais, têm auxiliado na autonomia do cuidado e prevenção das pessoas e da comunidade cotidianamente. Visando compreender esse fenômeno, foi realizada uma revisão de literatura. Em seguida foi realizada uma busca virtual em sites institucionais dos estados e municípios investigados pelo projeto ArboControl; em seguida, a estes ambientes foram aplicados os critérios da qualidade da informação. Das páginas analisadas, a que está de acordo com um maior número de indicadores de qualidade apresentou oito deles. A que apresenta menor número de indicadores, apresentou três. Os achados ora apresentados apontam para a necessidade das secretarias de saúde adotarem critérios de qualidade em suas páginas na *web*, uma vez que, no imaginário das pessoas, esses *sites* são confiáveis.

Palavras-chave: Dengue; Zika; Chikungunya; Qualidade da Informação; Informação em Saúde.

Abstract: This is a documentary investigation about what the managers of the Unified Health System publish about dengue, Zika, and chikungunya arboviruses. It aims to analyze the quality of information on these arboviruses on 10 sites of State and Municipal Health Departments of Brazilian municipalities, according to the availability of the environment and the criterion of applied information quality. And access to health information through official websites has helped in the autonomy of care and prevention of people and the community on a daily basis. In order to understand this phenomenon, a literature review was carried out. Then, a virtual search was carried out on institutional sites of the states and municipalities investigated by the

ArboControl project; then, the information quality criteria were applied to these environments. Of the pages analyzed, the one that is in accordance with a greater number of quality indicators presented eight of them. The one with the lowest number of indicators presented three. The findings presented here point to the need for health departments to adopt quality criterion on their web pages, since, in people's minds, these sites are reliable.

Keywords: Dengue; Zika; Chikungunya; Information Quality; Health Information.

Resumen: Se trata de una investigación documental sobre lo que publican los gerentes del Sistema Único de Salud sobre los arbovirus del dengue, Zika y chikungunya. Tiene como objetivo analizar la calidad de la información sobre estos arbovirus en 10 sitios de los Departamentos de Salud Estatales y Municipales de los municipios brasileños, de acuerdo con la disponibilidad del entorno y los criterios de calidad de la información aplicada. Y el acceso a la información sanitaria a través de sitios web oficiales, ha ayudado en la autonomía de atención y prevención de las personas y la comunidad en el día a día. Para comprender este fenómeno se realizó una revisión de la literatura. Luego, se realizó una búsqueda virtual en sitios institucionales de los estados y municipios investigados por el proyecto ArboControl; luego, se aplicaron los criterios de calidad de la información a estos entornos. De las páginas analizadas, la que está de acuerdo con un mayor número de indicadores de calidad presentó ocho de ellas. El de menor número de indicadores, presentó tres. Los hallazgos aquí presentados apuntan a la necesidad de que los departamentos de salud adopten criterios de calidad en sus páginas web, ya que, en la mente de las personas, estos sitios son confiables.

Palabras clave: Dengue; Zika; Chikungunya; Calidad de la Información; Información de Salud.

Introdução

O vetor *Aedes Aegypti* ainda é uma das maiores preocupações mundiais de Saúde Pública, pois o mosquito que transmite a infecção viral dengue, arbovirose mais comum no Brasil⁽¹⁾, até setembro de 2020 havia registrado 928.282 casos prováveis de dengue no país, com uma incidência de 441,7 casos por 100 mil habitantes. Em relação a chikungunya, foram notificados 69.702 casos prováveis, com taxa de incidência de 33,2 casos por 100 mil habitantes. E 6.220 casos prováveis de Zika, com taxa de incidência de 0,1 casos/100 mil habitantes⁽²⁾.

Pelo exposto, é imprescindível uma análise sobre como a população tem recebido informações referentes à prevenção e controle dessas arboviroses. Assim, além do conceito referente ao acesso à informação, serão abordados os princípios da qualidade da informação em saúde na *web* disponíveis na literatura^(3,4). A popularização da internet provocou mudanças na forma de produzir e consumir informação. A partir de então qualquer indivíduo com acesso à internet pode publicar dados em blogs, páginas, *sites* e nas mídias sociais. Segundo Lopes⁽³⁾ as facilidades da internet e as publicações eletrônicas estão “permitindo o acesso, produção e

disseminação de informação em larga escala, por um único indivíduo ou por organizações, revolucionando toda a estrutura desta produção, disseminação e acesso que estava em vigor antes do advento da Internet” (p. 81).

Observa-se ainda um crescimento significativo no volume de informações veiculadas na Internet, sendo que, para os consumidores, os conteúdos das páginas institucionais ou de quaisquer documentos disponibilizados necessitam de filtros para minimizar o excesso de informação publicada, além de apontar para a necessidade de avaliação da qualidade das informações disponíveis. Lopes⁽⁵⁾ define, portanto, algumas categorias de avaliabilidade da qualidade da informação, dentre elas a credibilidade e o conteúdo.

O acesso a informações em saúde é uma importante etapa no processo de criação de estratégias para a prevenção das arboviroses. Não é suficiente ter as informações, é necessário que as informações cheguem até a população, e nesse sentido, a Estratégia Saúde da Família - ESF exerce função crucial no processo de democratização da informação, já que ela trabalha na dimensão da comunidade. Quando assimilada adequadamente, a informação produz conhecimento e é capaz de trazer benefícios para o indivíduo e para a comunidade onde ele está inserido⁽⁶⁻⁸⁾. Para Barreto, “assim, como agente mediador na produção do conhecimento, a informação qualifica-se, em forma e substância, como estruturas significantes com a competência de gerar conhecimento para o indivíduo e seu grupo”⁽⁸⁾.

Nesse sentido, o acesso à informação consiste em um direito individual, estabelecido no artigo 5º da Constituição Federal de 1988⁽⁹⁾. Trata-se de um direito individual de acesso às informações acerca de todos os aspectos que envolvam a saúde, e os serviços que asseguram o acesso à informação por direito⁽⁷⁾. Todavia, ter acesso à informação traz consigo a necessidade de compreensão do que é informado, isto é, se existe, por parte do sujeito consciente, consenso em relação ao seu significado, caso contrário, não é informação⁽⁷⁾. Desse modo, as informações advindas dos *sites* institucionais dos estados e municípios precisam ser compreendidas pelas pessoas que acessam esses espaços, ou seja, não basta ter acesso à informação, mas, ser gestor de sua informação⁽⁶⁾. Além disso, as informações precisam ser de qualidade, pois, quando incompletas, podem gerar prejuízos à saúde das pessoas^(4,10-12).

Este estudo, portanto, teve como objetivo analisar a qualidade da informação sobre dengue, Zika e chikungunya disponível nos *sites* das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde em 15 municípios brasileiros que integram o projeto “ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, Zika e chikungunya, informações disponibilizadas para a promoção e prevenção das arboviroses dengue, Zika e

chikungunya”, com base nos critérios de qualidade da informação disponibilizada na *web* proposta por Lopes⁽¹³⁾.

Percurso metodológico

A metodologia adotada obedeceu às seguintes etapas: revisão de literatura, identificação dos *sites*, elaboração do instrumento para análise das informações disponibilizadas na *web* e por último, a análise das páginas propriamente dita.

Utilizando o operador booleano AND, realizou-se uma revisão da literatura na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *Scientific Electronic Library* (SciELO), com os termos qualidade de informação em Saúde, critérios de avaliação da informação na *Web*. No SciELO, não foi utilizado o termo recuperação da informação na *Web*. Após a leitura dos títulos e resumos, selecionou-se 10 artigos que apoiaram na definição da melhor estratégia metodológica para a realização do segundo momento do estudo.

No segundo momento utilizou-se o *Google* como ferramenta de busca para pesquisa dos *sites* das secretarias de saúde estaduais e municipais; enquanto nos *sites* das Secretarias de Saúde dos Estados e Municípios visitados no Projeto ArboControl a saber: na região Centro-Oeste, Anápolis, Caldas Novas, Goiânia e Planaltina (GO); no Nordeste, Fortaleza (CE), João Pessoa e Campina Grande (PB); na região Norte, os municípios de Macapá (AM), Vilhena (RO) e Araguaína (TO); no Sudeste, Governador Valadares (MG) e São Bernardo do Campo (SP); e na região Sul, Cascavel, Dois Vizinhos (PR), Gentil e Gramado (RS) buscou-se informações sobre dengue, Zika e chikungunya. A análise considerou a proposta de organização, planejamento e execução de ações de serviços de saúde do Decreto nº 7.508, em junho de 2011⁽¹⁴⁾.

Dos 15 municípios visitados pelo projeto ArboControl, destes, 10 possuem site oficial vinculado à Prefeitura Municipal e/ou da Secretaria Estadual de Saúde. Destes, foram analisados os ambientes virtuais dos estados de Goiás - GO; Amapá - AP; Minas Gerais - MG; São Paulo - SP; e Paraná - PR; e dos municípios de: Goiânia - GO; Tocantins - TO; Belo Horizonte - MG; São Bernardo do Campo - SP; e Rio Grande do Sul - RS.

Analisou-se as informações disponibilizadas utilizando quatro critérios de qualidade para avaliação da informação em saúde na *World Wide Web*, adaptados pelos critérios propostos por Lopes⁽¹³⁾, que elaborou sua proposta de avaliação da qualidade da informação em páginas brasileiras baseada nos critérios do *Health Information Technology Institute* (HITI).

Para o critério de Credibilidade da Informação em Saúde na *Web*, foram estabelecidos os seguintes indicadores: fonte da informação, levando em consideração a visualização da logomarca, nome da instituição responsável pela informação, e o nome do autor, além dos componentes de atualização da informação e o processo de revisão editorial dos textos. Ainda no quesito Credibilidade, estabeleceu-se nove indicadores codificados de 1.1 a 1.9 (1.1 - Nome do Autor; 1.2- Credenciais do Autor; 1.3- Nome da Instituição; 1.4 - Logomarca da Instituição; 1.5 - Fonte de Financiamento; 1.6- Data de criação; 1.7- Data de atualização; 1.8- Data de revisão; 1.9- Revisão Editorial) com o intuito de registrar funcionalmente os elementos pesquisados em cada uma das páginas da *web*.

O critério Conteúdo é constituído por três indicadores e foi codificado como 2.1 a 2.3, visando identificar a existência de: 2.1 erros ortográficos, sendo que o resultado negativo é atribuído positivamente (ausência de erros ortográficos no *site*) 2.2 citação bibliográfica e 2.3 alerta para consulta ao médico. O critério de Apresentação do *site* tem como indicador a presença do objetivo e da missão institucional na página, que fora codificado com o marcador 3.1.

O quarto critério, Apoio aos profissionais de saúde, é constituído por dois indicadores: material de campanha e informações para gestores e profissionais, codificados como 4.1 e 4.2, respectivamente. Esse critério consiste em uma adaptação dos autores, por considerarem que nessas páginas existem informações que são essenciais para que os trabalhadores da saúde possam auxiliar na prevenção e promoção à saúde da população.

Para a análise dos *sites* com base nos critérios de qualidade para avaliação da informação em saúde criou-se um quadro com as categorias e os indicadores de qualidade, de cada site mencionado, ao qual foi atribuído os valores 1 para a presença do indicador e 2 para a ausência. No Quadro 1 é possível observar a avaliação.

Resultados e discussão

Na literatura ainda não se identifica uma definição precisa para o que venha a ser qualidade da informação em saúde disponível na *web*, mas é consenso entre os autores a importância e a necessidade de se ter informações de qualidade na internet^(3,4). Muitos autores, inclusive, têm trabalhado com os critérios de qualidade, cujas formas de avaliação também não possuem um consenso⁽⁴⁾.

Em um estudo realizado por Lopes⁽¹⁵⁾, ela analisou as principais iniciativas mundiais propostas por organismos internacionais, instituições privadas e não governamentais com esta

finalidade. As instituições, ao final da avaliação, oferecem um selo de qualidade enquanto outras fornecem instruções para provedores de informação. Há ainda quem divulgue um código de conduta que busca orientar o usuário a verificar se os *sites* estão em conformidade com critérios preestabelecidos, como é o caso do Conselho Regional de Medicina de São Paulo.

Das páginas aqui analisadas, conforme Quadro 1, a da Secretaria de Saúde de Goiás está de acordo com um maior número de indicadores de qualidade apresentou oito. E a da Secretaria de Saúde de São Bernardo do Campo (SP) possui menor quantidade, com apenas três. Esses valores consideram que o resultado negativo do indicador 2.1 é atribuído positivamente (ausência de erros ortográficos no *site*).

Quadro 1. Análise dos sites estaduais e municipais segundo critérios de qualidade da informação em saúde disponível na *web*

Categoria	Indicadores de qualidade	Estados/Municípios									
		Goiás - GO	Goiânia	Amapá - AP	Tocantins - TO	Minas Gerais - MG	Belo Horizonte	São Paulo - SP	São Bernardo do Campo	Paraná - PR	Rio Grande do Sul - RS
		Secretaria da Saúde	saude.goiania	amapasemaedes	Dengue, Zika e Febre de Chikungunya	Aedes 2019 2020	Dengue	Secretaria Municipal da Saúde	saobernardo	Dengue	Aedes aegypti
1. Credibilidade	1.1) Autor: nome	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1.2) Autor: credenciais	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1.3) Instituição: nome	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1.4) Instituição: logomarca	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	1.5) Fonte de financiamento	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1.6) Data de criação	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1.7) Data de atualização	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1.8) Data de revisão	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1.9) Revisão editorial	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
2. Conteúdo	2.1) Erros ortográficos	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	2.2) Citação bibliográfica	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	2.3) Avisos: consulta ao médico	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1
3. Apresentação do site	3.1) Objetivo institucional	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2
4. Apoio a gestores e profissionais de saúde	4.1) Material de campanha	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2
	4.2) Informações para gestores e profissionais	1	1	2	1	1	1	2	2	1	1

Notas: Sim (1); Não (2). ¹ A resposta NÃO caracteriza como algo positivo. Fonte: Costa, 2020, adaptado pelos autores, de Lopes, 2007

Considerando que a dengue é uma doença endêmica que acomete milhares de pessoas ano após ano no Brasil, é essencial disponibilizar informações de qualidade sobre o *Aedes aegypti*. Conteúdos esses que auxiliem na eliminação do mosquito e na prevenção da doença. Além de estar disponível, a informação precisa ser de fácil acesso. No caso dos *sites* de Goiás, Goiânia, Tocantins, Minas Gerais, Belo Horizonte, Paraná e Rio Grande do Sul, as páginas iniciais dos *sites* apresentavam um banner sobre as arboviroses. Ao clicar, o internauta é direcionado para o espaço que apresenta o conteúdo sobre a dengue, Zika e chikungunya. Em três das páginas analisadas, São Paulo, São Bernardo do Campo e Amapá, as informações sobre a arboviroses só foram encontradas através do mecanismo de busca interno destes ambientes virtuais.

A internet proporciona uma oferta de informação em saúde ampla, que pode ter como objetivo a prevenção e o controle das arboviroses, porém, muitas dessas informações não são informadas corretamente, ou não estão de acordo com critério de qualidade, que transmita confiança ao leitor.

Sites institucionais de saúde devem seguir os critérios de qualidade estabelecidos por Lopes⁽¹³⁾ de maneira satisfatória para que o usuário identifique o site como principal local para consulta de informação sobre saúde, estabelecendo uma fonte de informação segura e confiável.

No que diz respeito à categoria de Credibilidade, apenas os indicadores de nome da instituição e logomarca de todos os *sites* estavam de acordo. Nesse caso em geral, as páginas não apresentaram autoria e credenciais dos responsáveis pelo conteúdo. Outro dado que não aparece diz respeito à fonte de financiamento, pois é importante que os usuários da rede de serviços de saúde saibam quem está financiando aquela informação.

Quanto aos indicadores de 1.6 a 1.9, em apenas em um dos *sites*, GO, foi identificada a data de atualização, isso porque se tratava de uma notícia. Comumente as páginas não apresentam informações referentes ao processo editorial, descrição dos procedimentos adotados pela instituição para a revisão editorial dos textos publicados⁽¹³⁾. Também não informam a data de criação e revisão, dado considerado essencial, pois uma informação fora de contexto ou desatualizada pode se tornar uma informação falsa.

Em relação ao conteúdo, nenhum dos *sites* apresentou erros ortográficos. Em compensação, os 10 não apresentam citação bibliográfica, indicador essencial já que estamos tratando de informação em saúde. Quanto ao indicador de Aviso: consulte ao médico, analisamos se as páginas alertam para as pessoas procurarem um profissional de saúde, três dos 10 *sites* não apresentaram esse indicador. No caso da dengue, por exemplo, não existe um

tratamento específico e as medicações prescritas são analgésicos e antitérmicos para aliviar os sintomas. Porém em casos de dengue não se deve tomar medicamentos à base de ácido acetilsalicílico porque eles têm um efeito anticoagulante, o que pode acarretar sangramentos. E nos casos mais graves da doença, a dengue hemorrágica, é necessário rigoroso acompanhamento médico em função de possíveis agravamentos⁽¹⁶⁾.

A categoria Apresentação do *site* refere-se à ocorrência do indicador objetivo ou missão da instituição, nas páginas web. Dos 10 *sites* analisados, cinco apresentaram o indicador: Goiás, Tocantins, Minas Gerais, Belo Horizonte e São Paulo, os outros cinco não apresentaram.

A quarta categoria, Apoio aos gestores e profissionais de saúde, trata-se de uma adaptação dos autores, por considerar que os profissionais de saúde e os gestores têm uma função crucial no processo de democratização da informação, já que trabalham com a dimensão comunidade. E o acesso à informação em saúde é uma importante etapa no processo de criação de estratégias para a prevenção das arboviroses e promoção da saúde dos indivíduos⁽¹⁷⁾. Nesse sentido pensou-se em dois indicadores. O primeiro, verifica a disponibilidade de material de campanha nos *sites*, peças gráficas para serem impressas, informativos, cartazes. Neste, das páginas analisadas, cinco apresentaram material de campanha: Goiás, Tocantins, Minas Gerais, Belo Horizonte e Paraná. O acesso à informação de qualidade é uma etapa fundamental no processo de comunicação em saúde para a prevenção das arboviroses por parte dos profissionais de saúde, Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE).

O segundo indicador foi a disponibilidade de informações para gestores e profissionais. Para este, foram consideradas as notas técnicas; plano de contingência; fluxograma para classificação de risco de dengue; diretrizes para a organização dos serviços de atenção à saúde em situação de epidemia de dengue; e o cartão de acompanhamento dengue/Zika/Chikungunya. Dos *sites* analisados, sete apresentaram o indicador, são eles: Goiás, Goiânia, Tocantins, Minas Gerais, Belo Horizonte, Paraná e Rio Grande do Sul e três, Amapá, São Paulo, e São Bernardo do Campo não disponibilizam materiais para os profissionais. Esses tipos de materiais contribuem com processo de vigilância em saúde, há três doenças causadas pelo *Aedes aegypti* que são de notificação obrigatória, e ter esses materiais de fácil acesso potencializa o processo de trabalho desses profissionais de saúde, além de fornecer informações técnicas sobre as doenças.

As informações na saúde podem ter grande relevância no esclarecimento da população sobre a doença e sua prevenção, orientando sobre como prevenir a proliferação do mosquito, bem como eliminar os focos, além de sinais e sintomas relativos a dengue, Zika e chikungunya, através da divulgação de informações confiáveis e da tradução do conhecimento científicas para

uma linguagem de fácil compreensão por parte da comunidade, possibilitando assim a realização das medidas de prevenção⁽¹⁸⁾.

Apontamentos

É crescente a quantidade de informações disponíveis pelo acesso de um click. Há 18 anos surgiu a primeira versão da internet móvel, que foi se aperfeiçoando. Essa evolução foi dividida em gerações e hoje já estamos na versão 5G na qual os celulares já são capazes de comportar o crescente volume de informações trocado diariamente por bilhões de dispositivos móveis. A internet e a evolução tecnológica simplificaram o processo de produção e disseminação de informações. A popularização da internet para realizar uma pesquisa e buscar uma informação era necessário procurar em livros, almanaques que tinham outra lógica de produção, atualização e disseminação. Atualmente já estão disponíveis os *ebooks*⁽¹⁷⁾.

A disseminação da internet proporcionou as condições tecnológicas para o surgimento de uma sociedade em rede e, por sua vez, de uma prática de comunicação em rede, a qual criou um espaço de expressão livre onde praticamente qualquer informação pode ser produzida, transmitida e recebida. Essa transformação no modo de produzir e disseminar informação traz consigo algumas preocupações, como a qualidade das informações disponíveis, além da preocupação com a veracidade desses fatos, uma vez que se criam os pressupostos para reforçar ideias e opiniões numa perspectiva não dialógica⁽¹⁶⁾.

Neste sentido, torna-se imperativa a necessidade de disponibilizar informações que se adequem aos critérios de qualidade da informação, principalmente quando se trata de informações destinadas à saúde da população, capazes de provocar grandes impactos na saúde da comunidade e nos serviços de saúde. Os achados aqui apresentados apontam para a necessidade das secretarias de saúde, estaduais e municipais, adotarem critérios de qualidade em suas páginas na *web*, uma vez que os *sites* aqui analisados são de instituições respeitadas em suas comunidades.

É fundamental destacar ainda que para as informações em saúde disponibilizadas nas páginas governamentais sobre dengue, Zika e chikungunya se submetem aos critérios de qualidade, primeiramente requer a efetiva participação do setor público, responsável por esses espaços, mas também se faz necessário planejar os *sites* como parte do processo de gestão da informação em saúde, evitando assim ambientes favoráveis à desinformação.

Referências

1. Braga IA, Valle D. Aedes aegypti: histórico do controle no Brasil. **Epidemiol e Serviços Saúde** [Internet]. 2007 [Acesso: 17 nov 2020];16(2):113–8. Disponível em: http://scielo.iec.gov.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-49742007000200006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt
2. Secretaria de Vigilância em Saúde - Ministério da Saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2020 set [Acesso: 17 nov 2020]. Disponível em: www.saude.gov.br/svs
3. Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web. **Ciência da Informação** [Internet]. 2004 [Acesso em: 7 nov 2020];33(1):81–90. Disponível em: <http://hitiweb.mitrotek.org/docs/policy.html>
4. André de Faria Pereira Neto, Rodolfo Paolucci, Regina Paiva Daumas, Rogério Valls de Souza. Avaliação participativa da qualidade da informação de saúde na internet: o caso de sites de dengue. **Ciência & Saúde Coletiva** [Internet]. 2017 [Acesso em: 7 nov 2020];19(5):1955–68. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1955.pdf>
5. Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web [Internet]. [Acesso em: 7 nov 2020]. Disponível em: <http://hitiweb.mitrotek.org/docs/policy.html>
6. Demo P. INCLUSÃO DIGITAL - cada vez mais no centro da inclusão social [Internet]. Vol. 1, Inclusão Social. 2005 out [Acesso em: 7 nov 2020]. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1504/1691>
7. Leite RAF, Brito ES de, Silva LMC da, Palha PF, Ventura CAA, Leite RAF, et al. Acesso à informação em saúde e cuidado integral: percepção de usuários de um serviço público. **Interface - Comun Saúde, Educ** [Internet]. dezembro de 2014 [Acesso em: 7 nov 2020];18(51):661–72. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000400661&lng=pt&tlng=pt
8. Barreto AA. A questão da informação. São Paulo em Perspectiva. 1994;
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988. (Série textos básicos; n. 67). 2012. 454 p.
10. Guardiola-Wanden-Berghe R, Gil-Pé rez JD, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Evaluating the quality of websites relating to diet and eating disorders. **Health Info Libr J** [Internet]. 2011 [Acesso em: 17 nov 2020];28:294–301. Disponível em: <http://www.google.es/>
11. Guardiola-Wanden-Berghe R, Sanz-Valero J, Wanden-Berghe C. Quality assessment of the Website for Eating Disorders: a systematic review of a pending challenge. 2012;17(9).
12. André Pereira Neto, Leticia Barbosa, Stephanie Muci. Internet, geração Y e saúde: um estudo nas comunidades de Manguinhos (RJ). **Comun Inf** [Internet]. 2016 [Acesso em:

17 nov 2020];19(1):20–36. Disponível em:
<http://www6.ensp.fiocruz.br/repositorio/sites/default/files/arquivos/Internet-geracao-y-e-saude.pdf>

13. Lopes IL. Critérios de qualidade para avaliação da informação em saúde na World Wide Web. Universidade de Brasília, organizador. Brasília; 2007. 191–191 p.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Decreto nº 7508 [Internet]. [Acesso em: 17 nov 2020]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7508.htm
15. Costa RL da. O mapa global de gestão: os modelos anglo-americano, alemão, japonês e chinês TT - Global management map: the Anglo-American, German, Japanese, and Chinese Models. *Econ Glob e Gestão* [Internet]. 2012;17(3):53–76. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0873-74442012000300004&lang=pt
16. Gustavo Cardoso VBPCP, Miguel Paisana TLQ e P, Couraceiro. *As Fake News numa sociedade pós-verdade Contextualização, potenciais soluções e análise*. Lisboa ; 2018.
17. Moretti FA, de Oliveira VE, da Silva EMK. Acesso a informações de saúde na internet: uma questão de saúde pública? **Rev Assoc Med Bras** [Internet]. 2012 [Acesso em: 17 nov 2020];58(6):650–8. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000600008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
18. Lenzi M de F, Coura LC. Prevenção da dengue: a informação em foco. **Rev Soc Bras Med Trop** [Internet]. agosto de 2004 [Acesso em: 17 nov 2020];37(4):343–50. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822004000400011&lng=pt&tlng=pt

ANEXOS

Parecer Consubstanciado do CEP
UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, Zika e chikungunya;

Pesquisador: Ana Valéria Machado Mendonça

Área Temática:

Versão: 6

CAAE: 75119617.2.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.504.219

Apresentação do Projeto:

"Desenho:

Trata-se de um Estudo de Múltiplos Casos e operara com metodologias ativas e inclusivas, valorizando os princípios da aproximação significativa em redes sociais humanas, estabelecendo, portanto, vínculo entre o material conhecido e disponibilizado pelas campanhas do Ministério da Saúde e Secretarias de Saúde estaduais e municipais, e os conhecimentos acumulados pela população. O caminho qualitativo a ser adotado será composto em quatro ciclos, que envolvem estratégias da pesquisa ação. Ciclo 1: Caracterização das prioridades apontadas pela revisão sistemática anterior com vistas a produção de materiais multimídia de apoio a divulgação do projeto no país via ambiente virtual. Ciclo 2: Ajuste dos conhecimentos teórico-metodológicos, técnicos e operacionais junto aos sujeitos participantes/envolvidos direto e/ou indiretamente nas ações estratégicas do projeto, com mediação das TIC. Este ciclo será mediado por oficinas de produção de

conteúdo e desenho de estratégias de informação para os(as) usuários(as) do SUS. Ciclo 3: Desenho de uma agenda, com plano operacional de ações estratégicas, que promovam diálogos integradores entre a área técnica do MS e os sujeitos participantes desse projeto. Nesse ciclo serão pactuadas ações estratégicas com clara definição dos responsáveis em sua execução, monitoramento e avaliação. Ciclo 4: Produção e/ou recuperação de materiais multimídia, já disponíveis e desenvolvimento de outros que se fizerem necessários aos processos de divulgação, tendo a criação de um repositório e uma biblioteca virtual como elementos de suporte ao estímulo do uso destas e outras ferramentas. Associado aos ciclos descritos prevê-se o desenvolvimento e manutenção dos ambientes virtuais, a partir dos quais este projeto pretende garantir sua visibilidade, incorporando a adoção e práticas das TIC nos processos de educação, informação e comunicação em saúde. Complementa este princípio de publicização dos resultados, a realização de cinco workshops com participação de especialistas nacionais e internacionais."

Objetivo da Pesquisa:

"Objetivo Primário:

Contribuir com o programa nacional de controle do vetor *Aedes aegypti* e das arboviroses através das seguintes ações: implementar ações avaliativas quanto a efetividade das campanhas e ações de educação, informação e comunicação, produzidas pelo Ministério da Saúde, e a tradução do conhecimento sustentável e apropriado pela população, para ampliar e potencializar as ações de comunicação no âmbito da gestão do Sistema Único de Saúde/SUS.

Objetivo Secundário:

- Estabelecer o projeto ArboControl em diferentes municípios: (i) região leste do Distrito Federal - Paranoá, Itapoá e São Sebastião; (ii) Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno (RIDE); (iii) 3 municípios de cada uma das 5 regiões do Brasil
- Elaborar revisão sistemática sobre atributos de SIS epidemiológica, assistencial, ambiental e entomológica e seus indicadores segundo metodologia do Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR).
- Realizar oficinas de produção de conteúdo, em municípios das cinco regiões brasileiras, com maior incidência das arboviroses dengue, zika e chikungunya para tradução do conhecimento à população de risco, visando a sustentabilidade das campanhas e ações de

educação, informação e comunicação, produzidas pelo Ministério da Saúde. • Identificar práticas exitosas de gestão e uso do conhecimento da população no controle do vetor *Aedes aegypti* e as arboviroses dengue, zika e chikungunya • Criar ambiente virtual para compartilhar os resultados do projeto junto aos gestores, profissionais, pesquisadores, estudantes da população em geral. • Implementar um repositório virtual do projeto ArboControl.

METAS 4.1 META ARBOCONTROL 1: AVALIAR E ORIENTAR AS ESTRATÉGIAS DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO PRODUZIDAS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE NO CONTROLE DO VETOR *Aedes aegypti* E AS ARBOVIROSES DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA 4.2 META ARBOCONTROL 02 – ANALISAR MODELOS DE RECEPÇÃO E MEDIAÇÃO DE MENSAGENS VISANDO A IDENTIFICAÇÃO DE ESTRATÉGIAS PARA PUBLICIZAÇÃO DAS ATIVIDADES INERENTES AO PROJETO E

OS PROCESSOS DE EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO. 4.3 META ARBOCONTROL 03 – REALIZAR CINCO WORKSHOPS COM PARTICIPAÇÃO DE ESPECIALISTAS NACIONAIS E INTERNACIONAIS. 4.4 META ARBOCONTROL 04 – CRIAR AMBIENTE VIRTUAL PARA COMPARTILHAR EXPERIÊNCIAS EXITOSAS, PRÁTICAS DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E OS RESULTADOS DO PROJETO JUNTO AOS GESTORES, PROFISSIONAIS, PESQUISADORES, ESTUDANTES E A POPULAÇÃO EM GERAL."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Riscos: incompreensão dos termos utilizados pela equipe de pesquisa; fortes emoções diante de problemas correlacionados a problemas pessoais; exposição diante do grupo. Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem, que, por se tratarem de conversas, eventualmente, os sujeitos participantes podem vir a sentir-se constrangidos por alguma experiência anterior em relação ao tema abordado. Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa, em que participante está resguardado que suas informações pessoais/ identidade não será revelada.

Benefícios:

No que diz respeito aos benefícios da presente proposta de pesquisa, destacam-se a

contribuicao academica para a melhoria das condicoes de saude da populacao, propostas de controle vetorial do vetor Aedes baseadas na realidade das comunidades, bem como a integracao teoria e pratica, possibilitando aos docentes, pesquisadores e discentes, envolvidos na pesquisa, maior conhecimento sobre a doenca investigada. Fortalecimento das redes sociais para prevencao e controle das arboviroses; conhecimento acerca do tema; desenvolvimento do senso critico; contribuir e colaborar com a pesquisa cientifica no ambito da informacao, educacao e comunicacao em saude."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de submissao de Emenda-E3 elaborada pela pesquisadora com a finalidade de modificar projeto aprovado neste CEP pelo Parecer Consubstanciado No. 2.480.722 de 06/02/2018.

Emendas aprovadas neste CEP pelo Parecer Consubstanciado No. 3.171.817 de 26/02/2019 (Emenda-E2) e Parecer Consubstanciado No. 2.608.178 de 20/04/2018 (Emenda-E1).

Não há modificações no TCLE, nos Riscos e Benefícios, nos critérios de inclusão e exclusão, orçamento, cronograma, financiamento e equipe de pesquisa.

Conforme CARTA DE SOLICITACAO DE EMENDAS AO CEP, datada de 08/05/2019, as seguintes modificacoes sao propostas:

"1. Instrumento de Pesquisa: Inserção de novo instrumento de pesquisa referente a um projeto de extensão da Universidade de Brasília, que está inserido no projeto maior, arbocontrol, componente nº 3. Justificativa: Nesta fase da verificou-se a necessidade de buscar e identificar as metodologias utilizadas em sala de aula para o combate e prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya, e as práticas desenvolvidas por meio da intersetorialidade da Saúde e da Educação com o Programa Saúde Escola- PSE. Esta etapa será realizada com professores da Rede Pública de Educação da Região Leste do Distrito Federal, com adesão ao Programa Saúde Escola – PSE. O campo será formado pelas seguintes Regiões Administrativas: Itapoá, Paranoá, São Sebastião e Jardim Botânico. E o objetivo do roteiro é Identificar a opinião dos profissionais da educação de escolas que aderiram ao Programa Saúde Escola-PSE e Analisar as práticas desenvolvidas em sala de aula e no ambiente

escolar para o combate e prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya.

O instrumento não apresenta novos desconfortos ou riscos aos participantes, o TCLE se mantém em sua versão original, uma vez que contemplam as explicações de objetivos, riscos e benefícios envolvidos. O projeto original não sofreu alterações. Anexo o roteiro de entrevista e o projeto de extensão.

2. Número de Participantes: O número de participantes é igual a 20, este valor não altera o número de participantes do projeto original, sendo o projeto de extensão um anexo ao projeto original.

3. Cronograma de Pesquisa: Cronograma de execução do projeto de extensão e execução do novo instrumentos"

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos analisados para a emissão deste parecer:

1. Informações Básicas do Projeto - "PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1335569_E3.pdf" postado em 16/07/2019.
2. Carta de encaminhamento ao CEP/FS - versão assinada e digitalizada em "Carta.pdf", postada em 16/07/2019, e versão editável em "Carta_.docx", postada em 08/05/2019.
3. Instrumento de pesquisa a ser utilizado com os participantes de pesquisa - "Roteiro_Extensao.docx", postado em 08/05/2019.
4. Projeto detalhado ATUALIZADO - versão não editável em "Projeto_Extensao.pdf" e versão editável em "Projeto_ext.docx", postados em 08/05/2019
5. Recomendações:

Não se aplicam.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não foram observados óbices éticos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Reitera-se que, conforme a Resolução CNS 466/2012, itens X.1.- 3.b. e XI.2.d, os pesquisadores responsáveis deverão apresentar relatórios parcial semestral e final do projeto de pesquisa, contados a partir da data de aprovação do protocolo de pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_193596_9_E3.pdf	16/07/2019 10:27:13		Aceito
Outros	Carta.pdf	16/07/2019 10:25:55	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro_Extensao.docx	08/05/2019 18:51:04	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_Extensao.pdf	08/05/2019 18:50:26	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_ext.docx	08/05/2019 18:50:13	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Carta_.docx	08/05/2019 18:49:58	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	samara.pdf	28/01/2019 19:40:05	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Robert.pdf	28/01/2019 19:13:34	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Pedro.pdf	28/01/2019 19:11:46	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Michelle.pdf	28/01/2019 19:10:21	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Mariane.pdf	28/01/2019 19:06:03	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Carolina.pdf	28/01/2019 19:05:32	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Cesar.pdf	28/01/2019 19:05:18	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Andressa.pdf	28/01/2019 19:01:53	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito

Outros	Roteiro_de_entrevistas_Brasilia_DF.	28/01/2019	Ana Valéria	Aceito
--------	-------------------------------------	------------	-------------	--------

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA

Outros	docx	18:56:26	Machado Mendonça	Aceito
Outros	Anuencias.docx	28/01/2019 18:33:34	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Roteiro_de_Entrevista_Palmas_tocantins.docx	28/01/2019 18:25:02	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Carta_Emenda_Versao_cinco.docx	28/01/2019 16:55:37	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_cinco.docx	28/01/2019 16:55:05	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Yure.pdf	18/07/2018 18:17:11	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Luana.pdf	18/07/2018 18:16:51	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Cartas_de_anuencia.pdf	18/07/2018 18:14:54	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Cartas_emenda2.pdf	18/07/2018 18:13:25	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	RoteiroProfissionaisaditivo.docx	03/04/2018 16:33:45	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	RoteiroOficinaaditivo.docx	03/04/2018 16:33:22	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	RoteiroEducacaooriginal.doc	03/04/2018 16:32:53	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	RoteiroEducacaoaditivo.docx	03/04/2018 16:32:19	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Questionariosociodemograficoaditivo.doc	03/04/2018 16:31:44	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito

Outros	RoteioProfissionaisoriginal.docx	03/04/2018 16:30:15	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Projeto_ARBOCONTROL_aditivo.docx	03/04/2018 16:28:14	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Parecer Anterior	Projeto_ARBOCONTROL_original.docx	03/04/2018 16:27:41	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Rackynelly.pdf	03/04/2018 16:27:19	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Luciano.pdf	03/04/2018 16:26:56	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Claudio.pdf	03/04/2018 16:26:33	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Carta_Emenda.doc	03/04/2018 16:25:33	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	03/04/2018 16:24:40	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	CARTA_RESPOSTAS.doc	17/01/201 8	Ana Valéria	Aceito

Outros	CARTA_RESPOSTAS.doc UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA	13:38:31	Machado Mendonça	Aceito
Orçamento	TED.PDFSAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA	07/01/2018 13:37:05	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutur a	OFICIO_UNB.pdf	17/01/2018 13:36:34	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Jose.pdf	17/11/2017 22:44:24	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	CARTA_CONASEMSAPOIO.pdf	17/11/2017 22:42:11	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigad or	Projeto_ARBOCONTROL.docx	17/11/2017 22:40:15	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Janaina.pdf	01/09/2017 02:31:44	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Mariella.pdf	01/09/2017 02:29:33	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	MariaPaula.pdf	01/09/2017 02:29:07	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Lucas.pdf	01/09/2017 02:28:37	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Larissa.pdf	01/09/2017 02:28:04	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Laila.pdf	01/09/2017 02:27:41	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Julio.pdf	01/09/2017 02:27:03	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito

Outros	Joao.pdf	01/09/2017 02:26:41	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Elizabeth.pdf	01/09/2017 02:26:10	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Andreia.pdf	01/09/2017 02:24:57	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Alana.pdf	01/09/2017 02:24:18	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DOCcartaencaminhamento.docx	01/09/2017 02:23:33	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DOCtermoderesponsabilidade.docx	01/09/2017 02:23:10	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Termo_de_responsabilidade.jpg	01/09/2017 02:22:40	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_encaminhamento.jpg	01/09/2017 02:22:20	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	DOCtermoimgsom.doc	01/09/2017 02:06:07	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito

UNB - FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE

BRASÍLIA

Outros	Adria.pdf	01/09/2017 01:58:16	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Wania.pdf	01/09/2017 01:53:36	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Roberto.pdf	01/09/2017 01:52:17	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Renata.pdf	01/09/2017 01:51:26	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Priscila.pdf	01/09/2017 01:51:03	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Outros	Natalia.pdf	01/09/2017 01:50:35	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Orçamento	DOCOrçamento.docx	01/09/2017 01:34:46	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Orçamento	Orcamento_detalhado.pdf	14/08/2017 19:05:34	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_autorizacao_de_imagem_e_som.pdf	14/08/2017 19:04:01	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	03/07/2017 19:08:27	Ana Valéria Machado Mendonça	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BRASÍLIA,

13 de Agosto de
2019