



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL

A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DOS AGENTES DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS SOBRE A COMUNICAÇÃO DE RISCO DAS
ARBOVIROSES EMERGENTES NO BRASIL: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

Priscila Torres de Brito

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Valéria M. Mendonça

Brasília, outubro de 2018.



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO PROFISSIONAL

A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DOS AGENTES DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS SOBRE A COMUNICAÇÃO DE RISCO DAS
ARBOVIROSES EMERGENTES NO BRASIL: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

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

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Ana Valéria M. Mendonça

Brasília, 2018.



Priscila Torres de Brito

A PERCEPÇÃO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E DOS AGENTES DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS SOBRE A COMUNICAÇÃO DE RISCO DAS
ARBOVIROSES EMERGENTES NO BRASIL: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

Dissertação avaliada em 30 de outubro de 2018

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª Ana Valéria M. Mendonça

Universidade de Brasília (UnB) - Presidente

Prof^ª Dr^ª Mariella Silva de Oliveira Costa

Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) - Membro Externo

Prof^ª Dr^ª Maria Fátima de Sousa

Universidade de Brasília (UnB) - Membro Interno

Prof. Dr. Edu Turte Cavadinha

Universidade de Brasília (UnB) - Membro Suplente

Dedico este trabalho a minha família, aos colegas do projeto Arbocontrol e aos profissionais que fizeram parte desta pesquisa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus e a minha família, que sempre apoiaram os meus estudos na saúde coletiva.

Aos amigos e colegas do Laboratório ECoS e do NESP.

Aos professores do curso de mestrado em saúde coletiva, em especial a professora Ana Valéria, que abraçou a ideia desta pesquisa e sempre me provocou a buscar mais conhecimento.

Aos companheiros de viagem durante a realização do projeto Arbocontrol.

Aos entrevistados nesta pesquisa, que concederam seu tempo e atenção para contribuir com o estudo.

Resumo

Introdução: A comunicação de risco tem como objetivo o enfrentamento de situações de saúde onde há grande preocupação e pouca credibilidade, visa melhorar o nível de confiança da população em relação aos riscos vivenciados. É um campo novo, aplicado a situações que envolvem a noção de risco e que tem como característica fundamental o subsídio para o processo decisório em saúde. **Objetivo:** analisar as práticas de comunicação em situação de risco desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) em relação à promoção e prevenção das arboviroses em cinco municípios brasileiros. **Método:** Estudo qualitativo descritivo de abordagem compreensiva e hermenêutica dialética, utilizando-se as técnicas de Análise de Conteúdo e Análise do Discurso do Sujeito Coletivo das entrevistas realizadas em cinco municípios de quatro macrorregiões brasileiras. **Resultados e Discussão:** Foram encontrados como principais eixos de análise: 1) as situações de risco para as arboviroses estudadas; 2) as ações desenvolvidas em conjunto com a comunidade e 3) o DSC dos Agentes de Saúde sobre os cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde. **Considerações Finais:** Ressalta-se que há muitas dificuldades enfrentadas por estes profissionais, e destaca-se a importância da realização de um trabalho contínuo de promoção da saúde juntamente com a comunidade.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Agente de Combate às Endemias. Comunicação em Saúde. Infecções por Arboviroses.

Abstract

Introduction: Risk communication aims at confronting health situations where there is great concern and little credibility, aiming to improve the level of confidence of the population in relation to the risks experienced. It is a new field, applied to situations that involve the notion of risk and that has as fundamental characteristic the subsidy for the decision-making process in health. **Objective:** The main objective of this research was to analyze the communication practices at risk developed by the Community Health Agents (ACS) and Agents to Combat Endemics (ACE) in relation to the promotion and prevention of arboviruses in five Brazilian municipalities. **Method:** Qualitative descriptive study of a comprehensive approach and dialectical hermeneutics, using the Content Analysis (CA) and Collective Subject Discourse Analysis (DSC) techniques from interviews conducted in five municipalities in four Brazilian macro regions. **Results and Discussion:** It is important to note that the main axes of analysis were: 1) the risk situations for the arboviruses studied; 2) the actions developed jointly with the community and 3) the DSC of the Health Agents on the posters produced by the Ministry of Health. **Final Considerations:** It should be emphasized that there are many difficulties faced by these professionals, and the importance of health promotion work together with the community.

Key-words:Community Health Workers. Combating Endemics Agents. Health Communication. Risk Communication. Arbovirus Infections.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB - Atenção Básica

AC - Análise de Conteúdo

ACE - Agente de Combate às Endemias

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESF - Equipe de Saúde da Família

FS - Faculdade de Ciências da Saúde

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IEC - Informação, Educação e Comunicação

Lab ECoS - Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

LIRAA - Levantamento rápido de índices para *Aedes aegypti*

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

NEP - Núcleo de Educação Permanente

NESP - Núcleo de Estudos em Saúde Pública

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PSF - Programa de Saúde da Família

PSE - Programa de Saúde na Escola

RAS - Rede de Atenção à Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

SVS - Secretaria de Vigilância em Saúde

TAC - Teoria da Ação Comunicativa

UBS - Unidades Básicas de Saúde

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Distribuição dos municípios pesquisados por macrorregião brasileira - Componente nº 3	28
Figura 2 - Distribuição de municípios incluídos na análise de dados deste estudo	28
Figura 3 - Cartazes do Ministério da Saúde utilizados neste estudo.....	37
Figura 4 - Agentes Comunitários de Saúde entrevistados por município.....	39
Figura 5 - Agentes de Combate às Endemias entrevistados por município.....	40
Figura 6 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead	42
Figura 7 - Exemplos de situações de risco encontradas	45
Figura 8 - Fluxograma de comunicação no processo de trabalho dos agentes	47
Figura 9 - Exemplos de ações e atividades sobre informação e comunicação das arboviroses	

57

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 - Caracterização dos municípios incluídos na análise de dados deste estudo	29
Quadro 1 - Síntese das técnicas utilizadas para cada objetivo	32
Quadro 2 - Questões chave do estudo elencadas por objetivos	35
Quadro 3 - Síntese dos principais achados por questões chave do estudo	40
Quadro 4 - O Discurso do Sujeito Coletivo	59

SUMÁRIO	
APRESENTAÇÃO	13
INTRODUÇÃO	15
DÍALOGOS TEÓRICOS.....	19
A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	19
A COMUNICAÇÃO DE RISCO	20
A TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO	22
A ATENÇÃO BÁSICA E O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS	24
A METODOLOGIA E SUAS TRILHAS.....	27
AMOSTRA DO ESTUDO.....	28
PERFIL DOS MUNICÍPIOS.....	29
TÉCNICAS DE COLETA.....	30
TÉCNICAS DE ANÁLISE DO ESTUDO	31
QUESTÕES CHAVE DO ESTUDO.....	34
CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	37
OS ACHADOS E A TEORIA.....	38
PERFIL DOS ENTREVISTADOS	38
O TRABALHO DOS ACS E ACE E A COMUNICAÇÃO DE RISCO	41
AS AÇÕES DESENVOLVIDAS	54
O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS AGENTES DE SAÚDE SOBRE OS CARTAZES APRESENTADOS	58
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	64
BIBLIOGRAFIA	65
APÊNDICES.....	69
APÊNDICE A: Instrumento de Pesquisa.....	69
APÊNDICE B: Artigo Científico Submetido a periódico indexado.....	72
ANEXOS	92
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	92
ANEXO B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa	94
ANEXO C: Documentos de Anuência dos Municípios	95

APRESENTAÇÃO

A minha história na saúde coletiva começou no ano de 2011, quando fui aprovada no vestibular da Universidade de Brasília, para cursar “gestão em saúde” na Faculdade de Ceilândia (FCE). De imediato já houve uma identificação com as disciplinas e temas abordados pelos professores durante as aulas, pois percebi que o leque de oportunidades era enorme no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS).

A prática veio com alguns estágios obrigatórios realizados em três campos: na atenção básica, no centro de saúde nº 4 de Ceilândia, no Hospital de Base, no setor de controle de custos e no Ministério da Saúde, no âmbito do Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Além disso, aprendi muito através dos projetos de pesquisa desenvolvidos no Núcleo de Estudos em Saúde Pública (NESP), onde também estagiei desde a metade da graduação, e me vinculo voluntariamente até o momento.

O Laboratório ECoS, da Universidade de Brasília, é o lugar onde estudamos e pesquisamos sobre saúde coletiva na perspectiva da informação, educação e comunicação em saúde, uma área estratégica para o bom desempenho das políticas de saúde no SUS. Também sou vinculada a este laboratório desde o fim da minha graduação, em 2015.

O trabalho realizado no NESP e no Laboratório ECoS contribui muito com a minha formação, pois o campo da pesquisa é vasto e me permite planejar, organizar uma pesquisa, ir a campo, coletar dados, entrevistar e conhecer realidades distintas.

Essas experiências me proporcionaram conhecer mais sobre as políticas de saúde e o próprio funcionamento do sistema. A partir deste momento tive contato com temáticas mais específicas do campo da saúde coletiva como: o controle social, a promoção da equidade, a informação, educação e comunicação em saúde.

Ao concluir a graduação estava em busca de uma nova oportunidade, agora na pós-graduação, a fim de continuar a desenvolver pesquisa em saúde, submeti-me ao processo seletivo de mestrado da Faculdade de Ciências da Saúde (FS).

Esta nova pesquisa se realiza no âmbito do projeto Arbocontrol, de alcance nacional e que investiga as arboviroses dengue, zika e chikungunya. Assim surgiu a motivação para este trabalho, relacionado à informação, educação e comunicação em saúde, bem como minha

curiosidade no tema, ainda recente, com a ocorrência de novos vírus no Brasil e a quantidade de novos casos ainda desconhecidos nos anos de 2015 e 2016.

Pensei: “por que não conhecer como ocorre a comunicação no contexto de epidemias?” Assim que estudei a temática para submissão da proposta conheci a comunicação de risco. Este estudo explora a comunicação em saúde voltada para situações de risco para a ocorrência destas doenças.

Aqui, a comunicação é considerada uma das ações essenciais à prevenção destas doenças, comunicação que é realizada por profissionais de saúde, comunidade e também pela mídia. Para o profissional de saúde coletiva, o estudo deste tema é fundamental, dado a sua importância no cenário da saúde pública, uma vez que trabalha o processo saúde-doença no campo das ciências sociais.

INTRODUÇÃO

Os vírus da dengue, zika e chikungunya são arbovírus, possuem os mesmos vetores: os mosquitos do gênero *Aedes* (MONTERO, 2016; GUZMAN e HARRIS, 2015). O ciclo de transmissão das três doenças ocorre, principalmente, quando o vetor infectado está presente na vizinhança de um hospedeiro humano suscetível.

Os dois vetores ocupam 99% do território brasileiro, colocando o país sob risco de infecção por arboviroses transmitidas pelo *Aedes sp.* (MADARIAGA, TICONA, e RESURRECTION, 2016). A grande infestação por esses mosquitos é responsável por manter surtos regulares de dengue nos países da América Latina e ainda torna esses países vulneráveis à epidemia pelos vírus chikungunya e zika (FERNÁNDEZ-SALAS *et al.*, 2015).

A dengue é uma doença bastante conhecida pela população e pode ser encontrada em mais de 100 países (WHO, 2015). Dados de 2013 estimam que há, aproximadamente, 390 milhões de pessoas infectadas por ano no mundo, aproximadamente 5,5% da população mundial atual, e que destes, 96 milhões apresentam manifestações clínicas (BHATT *et al.*, 2013).

Os primeiros casos de febre de chikungunya foram registrados na década de 1950, na África e nos anos 2000 o vírus já apresentava distribuição global (RENAULT *et al.*, 2007). Há um risco elevado de epidemia nas Américas, já que possuem população suscetível à infecção, ampla distribuição do vetor e constante importação de novos casos (MONTERO, 2016). Estima-se que as Américas já tenham mais de um milhão de casos da doença (JOHANSSON, 2015).

Segundo Luz, Santos e Vieira (2015) o vírus zika, possui três linhagens, duas africanas e uma asiática. Há vários meios de transmissão, os principais são identificados como aviação sexual, transfusão sanguínea e neonatal. Os principais responsáveis pela transmissão são os mosquitos *Aedes albopictus* e o *Aedes aegypti*. Medidas sanitárias efetivas são recomendadas para o controle da proliferação destes vetores, especialmente nas regiões mais incidentes.

Pela primeira vez o vírus zika foi encontrado no Brasil e na América do Sul, em 2015, onde se espalhou. O vírus continua se alastrando e recentemente levou as autoridades locais (Ministério da Saúde) e mundiais de saúde (Organização Mundial de Saúde) a decretarem estado de emergência em saúde pública (WHO, 2016).

Fantinato et.al. (2016) descreveu os primeiros casos da infecção por zika no Brasil nos estados do Rio Grande do Norte, Paraíba e Maranhão, em 2015, apesar da ocorrência de vários casos em 2014 de uma doença ainda não identificada; apenas em 2015 foi confirmado o primeiro caso de zika autóctone. O vírus pode ter chegado ao Brasil por meio da circulação de pessoas durante a copa do mundo de futebol de 2014. A Organização Pan-Americana de Saúde confirmou a transmissão do vírus zika em maio de 2015 (LUZ; SANTOS; VIEIRA, 2015).

Segundo o boletim epidemiológico nº 40 de 2018, o número de casos prováveis de dengue no Brasil no ano de 2018 foi igual a 203.157, com incidência de 97,8 casos por 100.000 habitantes. Em relação à febre chikungunya foram registrados 74.932 casos prováveis e a incidência de 36,1 casos por 100.000 habitantes; quanto ao vírus zika, houve a ocorrência de 7.208 casos prováveis com a incidência de 3,5 casos por 100.000 habitantes. Estas informações têm como referência a semana epidemiológica de nº 36, que compreende o período de (31/12/2017 a 08/09/2018). As regiões brasileiras que apontam mais casos por tipo de doença são o Centro-Oeste, seguida da região Nordeste para os casos de dengue. As regiões mais preocupantes para os casos de febre chikungunya e vírus zika são Sudeste e Nordeste. (BOLETIM EP. Nº 40)

A relação entre comunicação e saúde se deu antes da criação do Sistema Único de Saúde, dois campos transdisciplinares, que inicialmente trabalharam as propagandas e campanhas sanitárias, visando a mudança de estilos de vida. Esta foi a abordagem mais tradicional durante o século XX, por meio da coerção procurava-se modificar a realidade sanitária no Brasil (CARDOSO, 2007).

A Comunicação em Saúde trata de uma abordagem transversal entre comunicação e saúde. Trata-se do estudo e formulação de estratégias para informar e subsidiar decisões individuais e coletivas, bem como da gestão. Serve tanto à divulgação científica, ao ensino, pesquisa e análise de saúde, quanto à publicidade, fatos, saberes, experiências e conhecimentos (TEIXEIRA, 1996).

Além do que, o ato de comunicar demanda uma compreensão sobre os sujeitos e seu contexto cultural e cotidiano para que as estratégias previstas encontrem um ambiente viável à sua promoção (FREIRE, 1996).

A comunicação de risco tem como objetivo o enfrentamento de situações de saúde onde há grande preocupação e pouca credibilidade, e visa melhorar o nível de confiança da população. É um campo novo, aplicado a situações que envolvem a noção de risco e que tem

como característica fundamental o subsídio para o processo decisório em saúde. Apesar de seu caráter emergencial, também pode ser trabalhada na perspectiva da prevenção e promoção da saúde, desde que contemple o planejamento e o caráter permanente na perspectiva dos serviços de saúde (RANGEL; MARQUES; COSTA, 2007). Trabalha com metodologias diversas e troca de informações entre os atores sociais, prioriza a escuta, não apenas a fala (SANTOS, 1990).

O conceito de risco em saúde apresenta sentido polissêmico, e para cada área do conhecimento se destaca uma perspectiva. Na epidemiologia, por exemplo, o risco está relacionado à ocorrência de um evento em saúde; para as ciências sociais o risco pode ser compreendido no âmbito das relações sociais; para a vigilância em saúde atribui-se o risco a ocorrência de uma doença ou agravo em uma população, entre outros exemplos das demais áreas do conhecimento (RANGEL, 2007).

Ao explorar os sentidos de risco, Rangel (2007) expõe uma estratégia em comunicação que seria a abordagem de neutralização do risco, que pode acontecer de três formas: a neutralização do risco, que pode ocorrer através da sua naturalização; neutralização por meio da negação ou ausência de risco; e por fim a culpabilização da vítima, como responsável pela situação de saúde.

Este projeto problematiza a emergência da epidemia das arboviroses (dengue, zika e chikungunya), e o papel da comunicação de risco no âmbito do trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE). Tem como objetivo geral, analisar as práticas de comunicação em situação de risco desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) em relação à promoção e prevenção das arboviroses em cinco municípios brasileiros.

Entre seus objetivos específicos, encontram-se: conhecer a percepção dos ACS e ACE sobre os cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde; identificar os fluxos e processos de comunicação de risco desenvolvidos pelos ACS e ACE investigadas neste projeto; e analisar as principais atividades de promoção da saúde e prevenção das arboviroses desenvolvidas pelos ACS e ACE.

A atualidade do tema traz à tona a necessidade de pesquisar várias vertentes, por isso este trabalho considera a comunicação como uma das ações essenciais à prevenção e controle de doenças. Para o profissional de Saúde Coletiva o estudo deste tema é fundamental, dada a sua importância no cenário da saúde pública, uma vez que trabalha o processo saúde-doença e

a perspectiva da comunicação no âmbito das ciências sociais em saúde. O estudo traz como contribuição vários questionamentos sobre as estratégias de enfrentamento das arboviroses e a escuta em relação ao dia-a-dia dos agentes de saúde no território.

Os capítulos deste trabalho estão organizados da seguinte maneira: Diálogos teóricos contendo a revisão da literatura sobre a temática da comunicação em saúde. A metodologia e suas trilhas, que descreve os caminhos adotados para a realização da pesquisa, apresenta ainda as técnicas de coleta e análise. Nos achados e teoria, são ainda apresentados os principais resultados obtidos no estudo e sua discussão teórica. Por fim, as considerações finais.

DIÁLOGOS TEÓRICOS

Neste capítulo será apresentada a discussão teórica sobre comunicação em saúde, comunicação de risco e a teoria do agir comunicativo.

A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Para Schiavo (2007) a comunicação em saúde tem natureza multidisciplinar, é capaz de subsidiar diversos atores como profissionais de saúde, usuários, gestores, contribuindo para desfechos positivo em saúde. O objetivo da comunicação em saúde é influenciar os indivíduos e a comunidade, melhorando sua saúde por meio do compartilhamento de informações essenciais em saúde.

A comunicação surge das necessidades da população em repassar e transmitir ideias e significados. As maiores razões para se comunicar são estar em contato com pessoas/compartilhar, persuadir e ter convicções. (SCHIAVO, 2007; WOLTON, 2010)

Segundo Wolton (2010) informar não é comunicar, pois há cada vez mais informações diversas disponíveis em todos os meios, no entanto não há compreensão, gerando o fenômeno da incomunicação.

O modelo clássico de comunicação considera apenas elementos básicos no processo como o emissor, o receptor e a mensagem, caracterizando um modelo unidirecional. Para a comunicação em saúde é preciso considerar outros elementos como a compreensão completa da mensagem e o retorno para uma abordagem bidirecional de troca de informações mais completo e eficaz, cíclico. A comunicação em saúde acontece em vários níveis desde o individual até o nível da mídia ou comunicação de massa (SCHIAVO, 2007; CORCORAN, 2010).

Schiavo (2007) ressalta que a comunicação em saúde deve compreender as necessidades e os estilos de vida da população/público-alvo e defende que o conteúdo das mensagens veiculadas deve ser simples e de fácil entendimento. Considera ainda que as estratégias para a comunicação, contexto em que é realizada, são fundamentais para o seu êxito.

Para Corcoran (2010) a comunicação em saúde é um dos processos fundamentais a promoção da saúde, geralmente na prática da promoção da saúde o receptor é o usuário do sistema de saúde e o emissor o profissional de saúde. O eixo básico da comunicação em saúde

são as informações e conteúdo específico da área específica, a fim de promover saúde, prevenir doenças e conscientizar a população.

A COMUNICAÇÃO DE RISCO

O conceito de risco é polissêmico, pois pode ser entendido segundo diversas áreas do conhecimento. Rangel (2007) destaca que:

É evidente a importância do conhecimento sobre risco para o desenvolvimento de boas práticas de saúde, que seja orientada por uma concepção de riscos que permita identificar grupos mais afetados, direcionando ações e recursos segundo o princípio da equidade para melhorar os níveis de saúde da população. (RANGEL, 2007, p. 98)

Segundo a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) a percepção de risco da população é influenciada por cinco fatores principais: o governo, a ciência, a cultura, a sociedade e os meios de comunicação.

A síntese do conceito de comunicação de risco adotado pela OPAS (2007) afirma que:

A comunicação de risco é um processo interativo de intercâmbio de informação e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições. Envolve mensagens múltiplas sobre a natureza do risco e outras mensagens (não estritamente relacionadas com o risco) que expressam preocupações, opiniões ou reações das pessoas às mensagens de risco ou aos acordos legais e institucionais para seu gerenciamento. (OPAS, 2007, p. 74)

Com destaque para o intercâmbio de informações, esta comunicação privilegia a troca entre todos os atores envolvidos.

A comunicação de risco deve ser utilizada durante o acontecimento de uma emergência sanitária, são eventos inesperados, onde não se conhece a magnitude dos casos de uma doença, a sua gravidade e o seu alcance, geralmente são causados por agentes infecciosos de rápida propagação de origem animal ou por meio de insetos e vetores. Geram grande ansiedade e preocupação na população, e por isso são sempre veiculadas pela mídia nacional e internacional (OPAS, 2007).

Evitar alarde, preocupações, romper barreiras técnico-científicas são algumas das funções da comunicação em situação de risco. Outros atributos da comunicação em situação de risco são: informar, conscientizar e explicar fatores de risco (OPAS, 2007).

O papel da mídia é fundamental durante todo o processo, pois os seus veículos são de grande alcance, transmitindo mensagens de forma rápida e eficaz, por outro lado as informações devem ser levadas com clareza e objetividade, também é necessário romper as barreiras da linguagem utilizada, geralmente técnico-científica. As fontes de informação devem ser sempre seguras e atualizadas. “Se as autoridades não estão disponíveis para comentar a emergência sanitária, os repórteres vão encontrar seus próprios especialistas e iniciar suas próprias investigações sobre o tema.” (OPAS, 2007, p. 71).

Merece destaque o perfil político de uma emergência sanitária, pois no âmbito das decisões institucionais e de gestão, um governo e seus representantes podem ser responsabilizados por qualquer erro de comunicação ou de perda para o estado. Além de se tornarem alvos da imprensa. Neste sentido, os representantes políticos são um dos principais responsáveis pelo controle de uma crise (OPAS, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda cinco elementos para a boa comunicação em situação de risco: 1) construir confiança, 2) comunicar com agilidade, 3) transparência, 4) respeito à preocupação do público e 5) planejamento antecipado. (OPAS, 2007).

Para um planejamento e comunicação eficaz com a mídia durante as emergências em saúde pública a OMS elaborou sete passos para a comunicação de risco: 1) Avalie as necessidades da mídia, as limitações da mídia e a capacidade interna de relacionamento com a mídia, 2) Defina metas, planos e estratégias, 3) Treine comunicadores, 4) Prepare mensagens, 5) Identifique veículos de comunicação e atividades de mídia, 6) Transmita as mensagens e 7) Avalie as mensagens e o desempenho.

A OPAS considera que a ação comunicativa é o modelo adequado para o trabalho em situação de risco, pois:

...é pelo princípio da Ação Comunicativa que a razão centrada na ciência se vincula a uma razão centrada na comunicação, não se consumindo no mero contato do sujeito com o mundo, mas também na interação entre sujeitos por meio do processo de comunicação (OPAS, 2007, p. 66)

Deste modo introduz-se a Teoria do Agir Comunicativo, que será utilizada como teoria para compreender os fluxos de comunicação estabelecidos entre os agentes de saúde e a população.

A TEORIA DO AGIR COMUNICATIVO

A Teoria do Agir Comunicativo (TAC) desenvolvida por Habermas consiste em compreender o processo complexo de comunicação que ocorre entre os sujeitos capazes de falar e agir, considerando aspectos da racionalidade e do mundo no qual os atores estão inseridos (REESE-SCHAFFER, 2008). De acordo com Moraes (2003) “Os atores buscam atingir entendimento sobre a situação e sobre seus planos de ação, a fim de coordenarem suas ações através de um acordo.” (p. 62).

Para Habermas (2002) o objetivo da ação comunicativa é o alcance de um consenso entre as partes. Este deve ser produto de uma argumentação, discussão e convencimento a respeito de um tema:

...os participantes da comunicação podem ou se entender mutuamente ou se desentender, quando afirmações podem perder a qualidade “verdadeiro”, que possuem em um contexto, em outro, a exigência de verdade correspondente não deveria ser colocada em dúvida a cada contexto; e sem uma situação de comunicação que prometa trazer à tona a obrigatoriedade sem coação do melhor argumento, podem contar argumentos ou a favor ou contra. (HABERMAS, 2002, p. 36).

O que importa neste processo não é o resultado alcançado e sim de que formas foram debatidas as ideias, para isso Habermas ressalta outros conceitos como o de razão, verdade e liberdade (HABERMAS, 2002).

O cenário base para todo o processo de comunicação é o mundo da vida, que tem como características a cultura, um sistema de linguagem e o entendimento. É preciso marcar diferenças entre o mundo da vida e o sistema, que são conceitos opostos, no entanto, complementares. O sistema é o lugar onde acontecem os contatos sociais, é a própria sociedade e o mundo da vida está inserido dentro do sistema. Para Habermas é preciso compreender e diferenciar estes dois conceitos para enfrentar os problemas da modernidade (REESE-SCHAFFER, 2008).

No sistema estão situados dois componentes da modernidade a economia e a política, representados pelo dinheiro e o poder do estado, respectivamente, esse sistema coloniza o mundo da vida e o altera, quando os sujeitos se submetem às relações do sistema, o sistema então domina e regulamenta o mundo da vida, a partir de pressupostos necessários como os

econômicos e administrativos, assim ocorre a colonização do mundo da vida. (HABERMAS, 2002)

Para Habermas (2002), “Os contextos dos mundos da vida e as práticas linguísticas nas quais os sujeitos socializados “desde sempre” se encontram, revelam o mundo da perspectiva das tradições e costumes instituidores de significados” (p. 46).

No mundo da vida se situam as ações cotidianas, onde é possível considerar afirmações e verdades, o mundo. Habermas remete ainda, o agir comunicativo a inserção em três mundos de modo mais específico, a fim de atingir ao consenso simultâneo: objetivo, social e subjetivo. O mundo objetivo é onde acontecem os fatos, as verdades de cada sujeito; no mundo social estão situadas as normas da sociedade; e no mundo subjetivo as experiências individuais do sujeito, assim ele expressa as suas vivências. No agir comunicativo o indivíduo interage ao mesmo tempo com os três mundos, quando há discordância os atores que falam, agem, assim é preciso argumentar a fim de chegar a um consenso, ou verdade sobre um fato (HABERMAS, 2002; MORAES, 2003).

A ATENÇÃO BÁSICA E O TRABALHO DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS

Em contraposição ao modelo de atenção à saúde hegemônico, pensou-se em modelos de atenção à saúde que pudessem privilegiar a prevenção e a promoção da saúde, tais como as propostas de linhas de cuidado e a estratégia de saúde da família (PAIM, 2012), todos pautados por uma Atenção Primária à Saúde eficaz e oportuna.

A Atenção Básica no Brasil seguiu estilos e modelos diferentes tais como o modelo tradicional, composto por médico e enfermeiros generalistas sem formação específica em saúde da família; o modelo de atenção básica com três especialidades médicas (clínico, gineco-obstetra e pediatra); o modelo canadense e europeu, em que os cuidados primários são realizados por profissionais generalistas ou por especialistas em saúde da família e comunidade (MENDES, 2015); e o modelo mais difundido no Brasil a partir dos anos 90, o Programa de Saúde da Família (PSF), que conta com uma equipe mínima de profissionais, a saber médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e dois Agentes Comunitários de Saúde, e uma equipe multidisciplinar de apoio Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) (SOUSA, 2014).

Entre os modelos tradicionais de Atenção Básica, (MENDES, 2015), considera que os mesmos estão ultrapassados e contribuíram significativamente para um consenso geral de fracasso da Atenção Primária à Saúde (APS), entretanto, evidencia que “estudos sobre o SUS demonstram que o (PSF), mesmo apresentando deficiências quantitativas e qualitativas, tem se apresentado efetivo, eficiente, equitativo e superior às formas tradicionais de prestação de cuidados primários”.

Starfield (2002) considera que uma atenção básica eficaz e oportuna é garantida através de uma mudança do perfil de investimento hegemônico, voltado para hospitais e ambulatorios, e com uma atenção primária/básica que possua essencialmente quatro atributos: 1) Primeiro Contato; 2) Longitudinalidade; 3) Integralidade; e 4) Coordenação da atenção.

Sendo que o primeiro contato se caracteriza pela: “acessibilidade e uso do serviço para cada problema ou episódio de saúde, disponíveis à população na ocorrência de um problema ou necessidade em saúde, pelo fácil acesso às Unidades Básicas de Saúde”, em outras palavras, “o primeiro local que as pessoas procurassem em tais condições” (STARFIELD, 2002).

A longitudinalidade se estabelece como “a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e uso consistente ao longo do tempo” (STARFIELD, 2002), ou seja, uma relação contínua e longa entre os usuários e a equipe de atenção básica.

A integralidade “proporciona a efetuação de um conjunto de ações, pela equipe de saúde, atendendo as necessidades mais comuns da população adscrita e a responsabilidade pela oferta de serviços e ações de promoção, prevenção, assistência e reabilitação” além de estar integrada aos diversos níveis de atenção (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado compreende a articulação da Atenção Básica com os demais níveis de atenção à saúde, na qual ela se encarrega de encaminhar para os demais níveis, e depois continua o trabalho de promoção, tratamento ou reabilitação destes usuários, num movimento de referenciamento e contrareferenciamento (STARFIELD, 2002).

Segundo a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (BRASIL, 2017), a qual caracterizou a atenção básica como “conjunto de ações de saúde, no âmbito individual, familiar e coletivo, que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde”, a política considera ainda que a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde devem trabalhar conjuntamente para identificar adequadamente os problemas de saúde nos territórios e planejar as ações de intervenção mais efetivas.

Portanto, a atenção básica é desenvolvida com alto grau de descentralização, capilaridade e próxima da vida dos cidadãos. Devendo ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e o centro de comunicação com toda a Rede de Atenção à Saúde (RAS). É fundamental que ela se oriente pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social.

O SUS adotou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) como “principal estratégia para a expansão, consolidação, e qualificação da Atenção Básica”, a qual conta com a participação de todos os entes federados no seu financiamento (BRASIL, 2017).

A PNAB 2017 preconiza que as Equipes de Saúde da Família (ESF) sejam composta minimamente pelos seguintes profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), podem estar associados à (ESF) agentes de combate às endemias (ACE), e profissionais de saúde bucal (BRASIL, 2017).

Desta forma, considerando-se que a Atenção Básica e a Vigilância em Saúde trabalham em consonância, os ACS e ACE possuem atribuições em comum, que são: a) realização de “diagnóstico social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário no território em que atuam”; b) desenvolver ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, c) realizar visitas domiciliares com frequência; d) identificar e registrar situações que interfiram no curso das doenças; e) orientar a comunidade sobre sintomas, riscos, e agentes transmissores de

doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; f) identificar casos suspeitos de doenças e agravos; g) informar e mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores; h) conhecer o funcionamento das ações e serviços de saúde do seu território; i) estimular a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde; j) identificar parceiros na comunidade que possam potencializar as ações intersetoriais (BRASIL, 2017).

Destaca-se, portanto, que os agentes possuem papel fundamental na atuação para prevenção e controle de doenças, e identificação dos principais problemas e agravos de saúde, além de ser o principal elo entre a comunidade e o serviço de saúde.

A METODOLOGIA E SUAS TRILHAS

Esta pesquisa trata-se de um trabalho qualitativo descritivo. O método qualitativo se debruça sobre as relações, história, formas de vida, pensamentos, percepções, opiniões e crenças. É adequado a observação de grupos para análises de discursos (MINAYO, 2008).

Este estudo está situado no campo das teorias compreensivas, onde os fenômenos sociais são observados quanto ao seu significado, distanciando-se da perspectiva positivista das ciências naturais. Os objetos de pesquisa não devem ser alvos de quantificação ou objetivação, pois são considerados na sua singularidade. A abordagem metodológica adotada foi a da hermenêutica dialética. A hermenêutica procura o sentido na comunicação da vida cotidiana apoiada na linguagem e a dialética “é a arte do diálogo”, investiga e fundamenta a crítica sobre os significados expressos das práticas sociais (MINAYO, 2008).

Esta dissertação faz parte do projeto de pesquisa financiado pelo Ministério da Saúde: “ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arbovirose dengue, zika e chikungunya”, o qual possui quatro componentes. Responde à meta nº 11 de 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 do componente nº 3 “Educação, Informação e Comunicação para o controle do vetor”.

Este componente tem como um de seus objetivos conhecer as atividades e práticas realizadas em relação as ações de informação, educação e comunicação em saúde nos serviços da Atenção Básica de Saúde (ABS) e para isto foram selecionados municípios brasileiros em todas as macrorregiões do país para a realização do projeto geral.

Neste caso específico, a pesquisa debruçou-se sobre as práticas de comunicação de risco desenvolvidas pelos ACS e ACE nos municípios de João Pessoa/PB, Campina Grande/PB, Vilhena/RO, Cascavel/PR e Anápolis/GO.

A partir do estudo qualitativo foi realizada também a revisão sistemática sobre o tema das arbovirose, intervenção e IEC em saúde. Foram encontrados 40 estudos sobre comunicação em saúde. Foram selecionados estudos com qualidade metodológica alta e moderada, sendo que a maior parte destes se encontra com qualidade metodológica alta.

Grande parte dos estudos selecionados foram realizados no continente americano, sendo que o país com maior número de estudos sobre a temática foi o Brasil. Também foram selecionados estudos de outros dois continentes, a saber: Ásia e Europa. Os estudos

selecionados utilizaram diversos tipos de métodos, desde os quantitativos observacionais e de intervenção, até os qualitativos e de métodos mistos.

Os principais resultados dos estudos selecionados demonstraram que a presença de ações de informação e comunicação em saúde sobre as arboviroses aumenta a conscientização individual e coletiva, assim como as práticas preventivas da comunidade.

AMOSTRA DO ESTUDO

A seleção dos municípios para a realização da pesquisa de campo aconteceu por meio da elaboração de metodologia própria ao Projeto ArboControl, considerando os critérios de inclusão e exclusão. O primeiro critério de inclusão utilizado foi a adesão ao Programa de Saúde na Escola (PSE), também foram incluídos os municípios considerados como urbano, intermediário adjacente e remoto, sendo excluídos aqueles classificados como rurais (adjacentes e remoto) segundo a classificação do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Após a seleção inicial foi realizado o filtro por municípios incluídos no Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) dos anos 2016 e 2017. Observando estes dados optou-se por realizar o trabalho nos municípios que apresentaram as seguintes situações: piora ou estagnação e melhora ou estagnação com base nos indicadores apresentados para os dois últimos anos. Foram consideradas ainda a localização e a facilidade de deslocamento da equipe de pesquisadores.

A amostra para o projeto geral foi composta por 15 municípios brasileiros, e a distribuição final considerou três municípios por macrorregião (Figura 1). Em relação à pesquisa de campo, foram realizadas atividades e coleta de dados em cinco municípios brasileiros contemplando quatro macrorregiões (Figura 2).

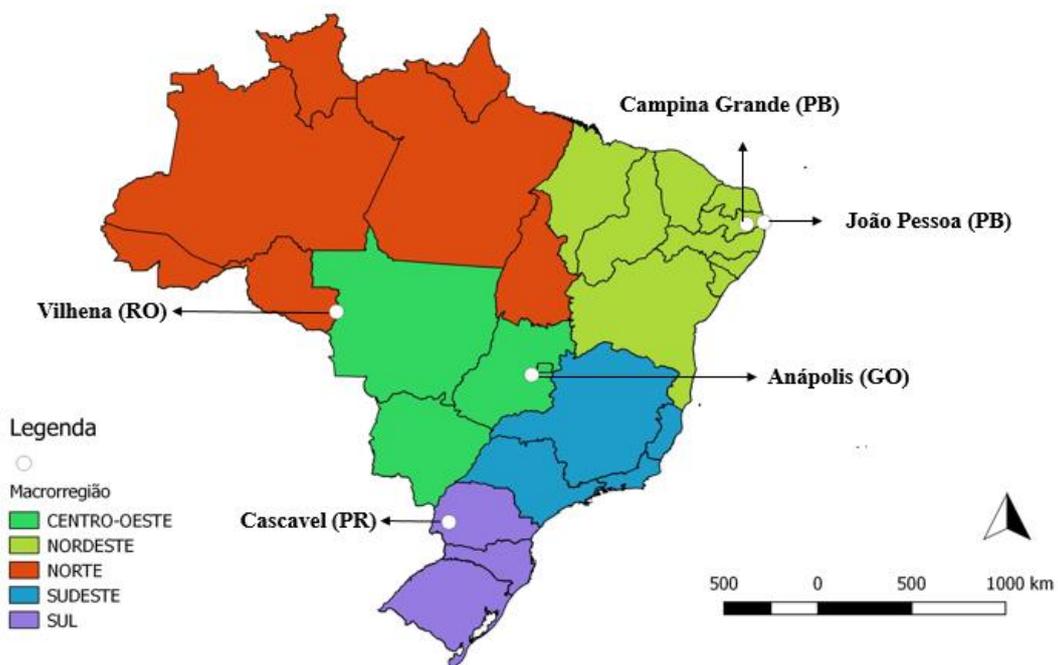
Figura 1 - Distribuição dos municípios pesquisados por macrorregião brasileira - Componente nº 3



Fonte: Elaboração própria, 2018. Criado com o software QGIS 2.18.

A amostra de municípios foi composta por cinco cidades, localizadas em quatro regiões brasileiras. Estes municípios foram os primeiros a pactuar e viabilizar agenda para a entrada dos pesquisadores no serviço de saúde, possibilitando a realização da pesquisa de campo. A coleta aconteceu entre os meses de abril e junho de 2018.

Figura 2 - Distribuição de municípios incluídos na análise de dados deste estudo



Fonte: Elaboração própria, 2018. Criado com o software QGIS 2.18.

PERFIL DOS MUNICÍPIOS

Contextualizando a situação de cada município, de acordo com o indicador fornecido pelo LIRAA, três deles apresentaram situação de estagnação e em dois houve piora.

Tabela 1 - Caracterização dos municípios incluídos na análise de dados

Município	População ¹	Cobertura % Atenção Básica ²	Nº de UBS ²	Nº de ACS ³	Cobertura do PACS ³	Nº de ACE ⁴	LIRAA (2016) ⁵	LIRAA (2017) ⁶	Situação	Esgotamento Sanitário Adequado ⁷
João Pessoa (PB)	811.598	72,39%	103	1.415	92,61%	327	0,3 (Satisfatório)	0,5 (Satisfatório)	Estagnação	70,8%
Campina Grande (PB)	410.332	73,32%	79	572	80,66%	205	2,5 (Em alerta)	7,6 (Risco)	Piora	84,1%
Anápolis (GO)	375.142	43,38%	44	400	62,02%	247	0,9 (Satisfatório)	0,2 (Satisfatório)	Estagnação	57,6%
Vilhena (RO)	95.630	78,43%	10	150	84,93%	8	0,7 (Satisfatório)	6,6 (Risco)	Piora	13,3%
Cascavel (PR)	318.608	23,97%	38	206	37,46%	148	0,2 (Satisfatório)	0,4 (Satisfatório)	Estagnação	59,8%

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

¹ Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/> População estimada para o ano de 2017

² Fonte: <http://sage.saude.gov.br/> Ano de referência: 2016

³ Fonte: <http://sage.saude.gov.br/> Ano de referência: 2017

⁴ Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp> Competência: 07/2018

⁵ Fonte: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/24/Tabela---LIRAA-Nacional-2016.pdf>

⁶ Fonte: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/novembro/29/LIRAA.pdf>

⁷ Fonte: <https://cidades.ibge.gov.br/> Panorama Território e Ambiente - Ano de referência: 2010

TÉCNICAS DE COLETA

Um dos trabalhos mais comuns em campo é a realização da entrevista para reunir as falas dos indivíduos. A entrevista é uma conversa que tem objetivos precisos, desse modo coletam-se dados diretos (objetivos) e dados indiretos (subjetivos). A entrevista destaca o conteúdo da fala (NETO, 2001).

A entrevista semi-estruturada é resultado da fusão das entrevistas estruturadas e não estruturadas, caracteriza que existe um direcionamento claro, mas possibilita aprofundar questões, ou ouvir outros assuntos de interesse não contemplados no roteiro, incentivando a fala (NETO, 2001; GERHARDT e SILVEIRA, 2009).

O diário de campo é um instrumento básico de registro e coleta de dados, principalmente, nos estudos qualitativos, e se qualifica como o registro de eventos e conversas ocorridas, assim como, apresenta-se como uma primeira análise do pesquisador-autor (ROESE et al., 2006).

A construção do instrumento de pesquisa aconteceu no formato de roteiro, que possibilita interação e a diferenciação de significados. O roteiro deve ser simples e coerente, a fim de proporcionar inúmeras descobertas. A escolha das perguntas foi feita de modo a minimizar as respostas dicotômicas ou que pudessem influenciar as respostas do entrevistado (reduzir o viés), optou-se por questões provocativas (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005)

A coleta de dados ocorreu entre abril e maio de 2018, por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas (Apêndice A), gravadas em áudio, posteriormente transcritas e codificadas do seguinte modo: uso das siglas ACS/ACE + o número da entrevista + o local de realização.

Também foram realizados dois pré-testes na cidade de Luziânia/GO para ajustes dos roteiros. Estes ocasionaram reformulação na redação das perguntas e exclusão de questões repetitivas. Todos os procedimentos do pré-teste foram esclarecidos aos participantes, os dados obtidos não foram gravados e arquivados, no entanto não foram transcritos para análise. A modificação do roteiro deve ser não deve ser um desconforto do pesquisador, uma vez que a pesquisa qualitativa não conta respostas, mas constroi unidades de significado (MINAYO, ASSIS e SOUZA, 2005).

Para atender ao objetivo geral desta pesquisa foram elaborados três objetivos específicos, sintetizados no quadro a seguir:

Quadro 1 - Síntese das técnicas utilizadas para cada objetivo

Objetivo Geral: Analisar as práticas de comunicação em situação de risco desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) em relação à promoção e prevenção das arboviroses em cinco municípios brasileiros			
Objetivos Específicos	Técnica de Coleta	Técnica de Análise	Referencial
1. Conhecer a percepção dos ACS e ACE sobre os cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde	Entrevista Semi-estruturada e Diário de Campo	Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)	LEFÈVRE, 2005
2. Identificar os fluxos e processos de comunicação de risco desenvolvidos pelos ACS e ACE investigadas neste projeto	Entrevista Semi-estruturada e Diário de Campo	Análise de Conteúdo	BARDIN, 2011
3. Analisar as principais atividades de promoção da saúde e prevenção das arboviroses desenvolvidas pelos ACS e ACE	Entrevista Semi-estruturada e Diário de Campo	Análise de Conteúdo	BARDIN, 2011

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

TÉCNICAS DE ANÁLISE DO ESTUDO

A análise de Conteúdo

A análise de conteúdo, segundo Bardin (2011) é um método aplicado ao amplo campo das comunicações. A comunicação escrita e decodificada que foi produzida por um emissor e um receptor é objeto desta análise, que decifra e sistematiza os significados veiculados. O domínio de aplicação da análise de conteúdo desta pesquisa se dá no âmbito no diálogo que ocorreu durante as entrevistas, no campo oral, da fala e escrito, com o material transcrito.

A leitura exaustiva e em profundidade possibilita a descoberta de informações, que trazem à tona os significados contidos nas falas dos participantes, gerando uma descrição clara e sistemática dos assuntos que foram abordados, a fim de conduzir a inferência, procedimento intermediário a análise. A autora ressalta que o significado

atribuído às falas pode ser produto das motivações o emissor, denominadas condições de produção, que são elementos para além do discurso que conduzem a expressão do sujeito, como fatores culturais, psicológicos e ideológicos do sujeito, por exemplo (BARDIN, 2011).

O pesquisador deve restringir o conteúdo trabalhado a unidades de codificação, que correspondem aos trechos selecionados para a investigação, além disso as unidades de contexto são imprescindíveis a compreensão dos significados, estas são unidades maiores que retomam ao contexto da conversa. Este procedimento remete a análise categorial conduzido pela observação e classificação de elementos semelhantes contidos ou não no material, que dirigem o pesquisador a uma organização de sentidos passíveis de interpretação (BARDIN, 2011).

O passo a passo da análise de conteúdo consiste em três etapas: pré-análise, exploração do material e por fim, o tratamento dos resultados obtidos. Na pré-análise todo material deve ser organizado para a sistematização do trabalho, nesta fase é preciso ter clareza dos objetivos da pesquisa. Durante esta etapa há ainda o trabalho de leitura flutuante, escolha dos documentos. Durante a exploração do material são feitas as codificações e agrupamentos de conteúdos segundo normas pré-estabelecidas pelo pesquisador. Por último é possível interpretar e inferir sobre o conteúdo obtido respondendo aos objetivos (BARDIN, 2011).

A análise das entrevistas seguiu ainda a regra da exaustividade (BARDIN, 2011). Assim, todo conteúdo das falas foi considerado no contexto dos resultados e discussão, no entanto esta análise priorizou algumas questões centrais que contemplam os objetivos estabelecidos.

A unidade de registro utilizada para a análise de conteúdo foi o tema mencionado em cada resposta referente as questões, assim, o tema será a regra estabelecida para o recorte das falas, a compreensão do tema é um dos atributos da análise de conteúdo. Para Bardin (2011, p. 135) “as respostas a questões abertas, as entrevistas (não diretivas ou mais estruturadas) individuais ou de grupo [...] podem ser, e frequentemente são, analisadas tendo o tema por base”.

A organização e sistematização dos dados aconteceram através do processo de categorização. O uso de categorias, pode ser aplicado a qualquer pesquisa qualitativa, esse sistema de organização se refere à ideia de classe ou série, e agrupa elementos comuns estabelecendo classificações sobre um conceito. As regras básicas para a categorização são: a exaustividade, a exclusão mútua e um princípio/padrão de classificação (GOMES, 2001).

A análise do Discurso do Sujeito Coletivo

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma técnica de análise qualitativa desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre (2005). O material para a análise tem origem nas falas, discursos professados pelos sujeitos individualmente, o objetivo é apresentar um pensamento coletivo dos sujeitos participantes. Assim, as falas coletadas nas entrevistas a respeito dos cartazes apresentados aos agentes de saúde constituem matéria-prima desta análise.

Através de uma pergunta aberta foram captadas as expressões sobre o material apresentado. Os dados obtidos são organizados, tabulados e decompostos segundo as regras do DSC, que nos apontam três elementos fundamentais a sua construção: as expressões-chave, as ideias centrais e as ancoragens.

As expressões-chave correspondem ao trecho na íntegra da fala do sujeito entrevistado, estas expressões estão sempre ligadas à ideia central do discurso, que revela o sentido das partes, os temas de um conjunto de representações das falas. As ancoragens remetam às ideologias professadas pelo sujeito sobre um cenário específico.

O resultado desta análise é apresentado na forma de um discurso/texto-síntese escrito na primeira pessoa do singular, este deve apresentar a coletividade das expressões-chave obtidas através das respostas dos indivíduos. O discurso-síntese deve ser compreendido como uma expressão do momento de pesquisa, onde os sujeitos estão imersos em sua própria cultura/contexto social.

A construção do texto se dá através dos fragmentos das falas, expressões-chave, que reunidas segundo uma ideia central formam partes de um discurso, que deve ser articulado pelo pesquisador para dar sentido e forma à síntese. A estrutura do discurso deve conter início, meio e fim, além disso, deve ser coeso e coerente. O pesquisador deve evitar as redundâncias e as contradições na construção do discurso.

As expressões-chave encontradas nas falas dos ACS e ACE foram relacionadas aos cartazes apresentados, assim as ideias centrais são apresentadas por tema e ano do cartaz, foram formados cinco blocos de cartazes agrupando e separando os materiais por conteúdo visual e anos de publicação, desse modo os agentes descrevem os cartazes pelos seis discursos apresentados no (quadro 3), são cinco discursos relacionados a cartazes específicos e um com a percepção sobre o conjunto de cartazes.

QUESTÕES CHAVE DO ESTUDO

Considerando o roteiro semi-estruturado de entrevistas (Apêndice A) que contemplou 14 questões, foram eleitas seis questões norteadoras para o processo de codificação e categorização, por se tratarem de elementos chave aos objetivos dessa investigação, a saber:

Quadro 2 - Questões chave do estudo elencadas por objetivos

Pergunta	Objetivo da Pergunta	Objetivo específico do Estudo
Você já viu algum desses cartazes sobre dengue, zika e chikungunya? (Mostrar os cartazes das campanhas selecionadas). Você conhece estes cartazes? Você já trabalhou com esse material na UBS ou na comunidade? Como? Você percebe diferenças no conteúdo dos cartazes? Quais você considera que chamam mais atenção ou são mais eficientes para mobilizar os moradores?	Expor o material dos cartazes, conhecer a opinião dos profissionais e saber se eles conseguem diferenciar os conteúdos dos cartazes quanto as características (mensagens, personagens, cores e impacto) e conhecer quais são os materiais mais chamativos.	1. Conhecer a percepção dos ACS e ACE sobre os cartazes produzidos pelo Ministério da Saúde
O que você entende por situação de risco para Dengue, Zika e Chikungunya?	Saber se o profissional conhece o conceito de risco e o que entende por este conceito	2. Identificar os fluxos e processos de comunicação de risco desenvolvidos pelos ACS e ACE investigadas neste projeto
Quais são as principais situações de risco para a Dengue, Zika e Chikungunya que você já encontrou nas casas?	Saber se o profissional consegue exemplificar situações de risco em relação ao conceito mencionado anteriormente	

<p>Na sua opinião, quais são as melhores maneiras de explicar/informar/comunicar situações de risco para Dengue, Zika e Chikungunya para a comunidade?</p>	<p>Conhecer como o profissional diante das situações exemplificadas anteriormente pratica a comunicação em saúde/de risco</p>	
<p>De que maneiras as UBS e os profissionais têm explicado, informado e comunicado a população sobre a prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya?</p>	<p>Saber o que é feito na UBS para informar e comunicar quanto a D, Z e C (ex: Há cartazes? Campanhas? Grupos? Como passam informações aos usuários da UBS?)</p>	<p>3. Analisar as principais atividades de promoção da saúde e prevenção das arboviroses desenvolvidas pelos ACS e ACE</p>
<p>Qual é a maneira que você considera ideal para prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya?</p>	<p>Conhecer o que o profissional considera que deveria ser feito no modelo ideal de prevenção?</p>	

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

Com relação à questão em que o pesquisador mostra campanhas do Ministério da Saúde ao entrevistado, para a seleção dos cartazes foi realizada busca no site da página virtual do Ministério da Saúde. Foram observadas todas as campanhas por anos disponíveis, selecionadas apenas as que tratavam sobre as doenças: dengue, zika e chikungunya. O recorte temporal encontrado de anos disponíveis foi de 2013 a 2017, assim foram selecionadas aleatoriamente no mínimo um e no máximo dois cartazes por ano disponível da campanha geral, de modo que todos os anos fossem representados por no mínimo um cartaz. Ao final, oito cartazes foram selecionados e todos os selecionados foram impressos. O material das campanhas é de acesso livre e gratuito, está disponível através do endereço: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas>.

Figura 3 - Cartazes do Ministério da Saúde utilizados neste estudo



2017



2017



2016



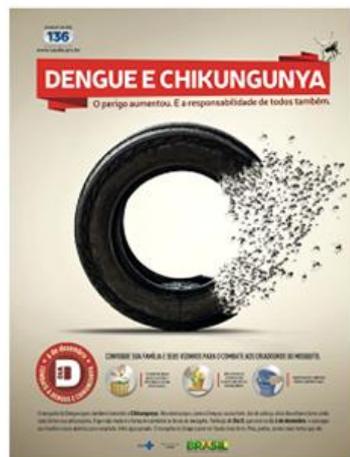
2016



2015



2013



2014



2014

Fonte: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas>.

CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa e o roteiro para a entrevista semi-estruturada 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 2.608.178 (emenda ao projeto).

Após a escolha dos municípios da pesquisa iniciou-se longo processo de apresentação do projeto e pactuação com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), os contatos aconteceram por telefone e e-mail, com o envio de documentos formais, como ofícios e cartas de apresentação, por exemplo.

Os Núcleos de Educação Permanente (NEP) foram os órgãos das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) que receberam e deram prosseguimento à solicitação dos pesquisadores. Após o período de análise dos documentos, foi concedida a anuência do município para a visita e agendamento das entrevistas (Anexo B).

As entrevistas foram realizadas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) referência de cada agente. As UBS foram indicadas pela secretaria de saúde segundo o critério de realizar de atividades em conjunto com o PSE, foi estabelecido também o número mínimo de três UBS por município.

Para a coleta de dados os procedimentos éticos foram realizados e os participantes que concederam as entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o sigilo da gravação e das informações obtidas.

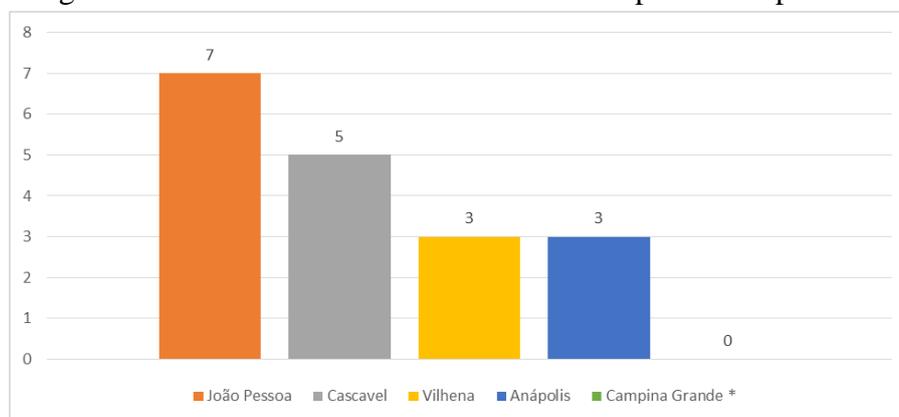
OS ACHADOS E A TEORIA...

PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Foram entrevistados 34 profissionais nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) dos cinco municípios, sendo 18 Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 16 Agentes de Combate às Endemias (ACE).

Em relação ao ACS a distribuição de entrevistas por município foi a seguinte: sete entrevistas em João Pessoa/PB, cinco em Cascavel/PR, três em Anápolis/GO e três em Vilhena/RO. No município de Campina Grande/PB, apesar da pactuação e agendamento, não foram coletados dados, pois os profissionais encontravam-se em um movimento de paralisação trabalhista no período da saída de campo.

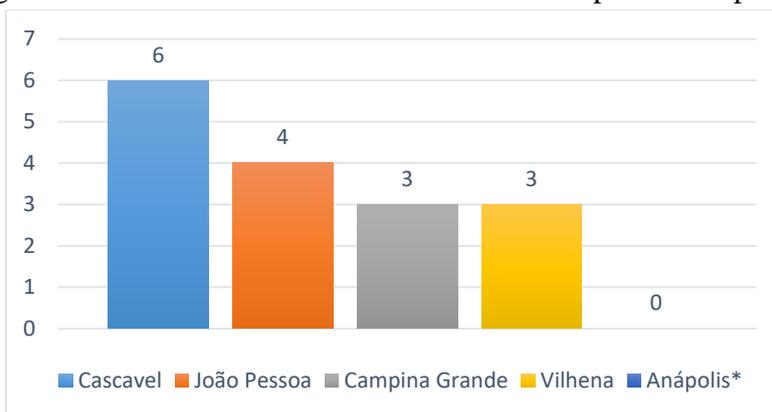
Figura 4 - Agentes Comunitários de Saúde entrevistados por município.



Fonte: Elaboração Própria, 2018.

A distribuição de entrevistas dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) foi igual a: seis entrevistas em Cascavel/PR, quatro em João Pessoa/PB, três em Campina Grande/PB e três em Vilhena/RO. Em Anápolis não foram realizadas entrevistas com ACE, em decorrência do atraso no prazo de pactuação com o município e agendamento/local das entrevistas.

Figura 5 - Agentes de Combate às Endemias entrevistados por municípios



Fonte: Elaboração Própria, 2018.

O perfil dos ACS entrevistados, considerando os municípios pesquisados demonstrou que a média de idade foi igual a 41,7 anos. Dos 18 entrevistados, 16 eram do sexo feminino e apenas dois do sexo masculino. Com relação à escolaridade, oito declararam possuir o ensino superior completo, sete o ensino médio completo e três possuíam além do ensino médio a formação em curso técnico.

Quanto à formação e capacitação em temas específicos: a) dengue, zika e chikungunya, apenas um ACS entre os 18 declarou não ter participado de atividades de capacitação quanto a esta temática e b) comunicação em saúde, apenas dois entre os 18 ACS entrevistados declararam ter tido capacitação neste tema.

Os ACE entrevistados, considerando os municípios pesquisados demonstraram que a média de idade foi igual a 45,1 anos, sendo que dos 16 entrevistados, nove eram do sexo masculino e sete do sexo feminino. Com relação à escolaridade, quatro declararam possuir o ensino superior completo, nove o ensino médio completo, dois possuíam além do ensino médio a formação em curso técnico e um possuía ensino fundamental incompleto. Quanto à formação e capacitação em temas específicos: a) dengue, zika e chikungunya, apenas um ACE entre os 16 declarou não ter participado de atividades de capacitação quanto a esta temática e b) comunicação em saúde, apenas três entre os dezesseis ACE entrevistados declararam ter tido capacitação neste tema.

Aqui, serão apresentados os resultados e discussão, o Quadro 3 apresenta uma síntese de como estão organizados os resultados obtidos para cada questão do instrumento de pesquisa utilizado. Esta seção está subdividida em três capítulos: 1) O trabalho dos ACS e ACE e a comunicação de risco, 2) As ações desenvolvidas e 3) O Discurso do Sujeito Coletivo dos Agentes de Saúde sobre os cartazes apresentados.

Quadro 3 - Síntese dos principais achados por questões chave do estudo

Pergunta	Síntese de Resultados
O que você entende por situação de risco para Dengue, Zika e Chikungunya?	Categorias de análise do conteúdo: 1) A determinação social da saúde 2) Locais e potenciais depósitos de risco 3) Epidemias
Quais são as principais situações de risco para a Dengue, Zika e Chikungunya que você já encontrou nas casas?	Nuvem de palavras (Figura 7)
Em sua opinião, quais são as melhores maneiras de explicar/informar/comunicar situações de risco para Dengue, Zika e Chikungunya para a comunidade?	Fluxograma (Figura 8)
De que maneiras as UBS e os profissionais têm explicado, informado e comunicado a população sobre a prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya?	Categorias de análise do conteúdo: 1) Ações âmbito no da Atenção Básica Nuvem de palavras (Figura 9)
Qual é a maneira que você considera ideal para prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya?	Categorias de análise do conteúdo: 1) Prevenção 2) Ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde
Você já viu algum desses cartazes sobre dengue, zika e chikungunya? (Mostrar os cartazes das campanhas selecionadas). Você conhece estes cartazes? Você já	O Discurso do Sujeito Coletivo (Quadro 4)

<p>trabalhou com esse material na UBS ou na comunidade? Como? Você percebe diferenças no conteúdo dos cartazes? Quais você considera que chamam mais atenção ou são mais eficientes para mobilizar os moradores?</p>	
--	--

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

O TRABALHO DOS ACS E ACE E A COMUNICAÇÃO DE RISCO

Neste capítulo apresento os principais resultados relacionados à comunicação em situação de risco, que foram obtidos através das questões de número 6, 7 e 8 do instrumento de pesquisa (Apêndice A).

A respeito desta temática não há divergências quanto à opinião dos ACS e ACE entrevistados. Há total convergência sobre o entendimento a respeito das situações de risco. Em relação ao conceito de situação de risco para as arboviroses dengue, zika e chikungunya foram observadas três categorias de análise do conteúdo: 1) A determinação social da saúde, 2) Locais e potenciais depósitos de risco e 3) Epidemias.

A Determinação Social da Saúde foi um tema bastante comentado na forma de elementos que contribuem para uma situação de vulnerabilidade em saúde. Neste caso a situação de risco para a dengue, zika e chikungunya se apresenta no sentido de a população do território não possuir todas as condições adequadas infra-estrutura e qualidade de vida:

“O indivíduo, ele tá vulnerável, né, pelas questões de meio ambiente, de tudo, e ali ele se encontra no meio dessa situação toda, então é uma situação de risco, entendeu? De estar vulnerável ao que pode vir acontecer na questão da doença.” ACS 1 - João Pessoa/PB

“Situação de risco são as pessoas que convivem com, vamos se dizer, com o esgoto a céu aberto. Pra mim é um risco imenso, temos área aonde a gente vê gabiru andando, rato andando... Então, assim, tudo isso prejudica a própria comunidade, né, eles saem daquele local, vai pra outro, então põe todo mundo em risco.” ACS 6 - João Pessoa/PB

“Acho que quando eu penso assim uma situação de risco, e lembro das famílias, acredito que é, a falta da informação, da educação né, pouca qualidade de vida, são coisas que juntas torna uma família vulnerável.” ACS 4 - Cascavel/PR

“A área que não tem infraestrutura, ela corre mais risco.” ACE 1 - João Pessoa

“As fossas, são de risco, por que o pessoal fala "moço, tem muito pernilongo, de onde ta vindo esses pernilongos, de onde ta vindo esse pernilongo" a fossa transborda, a água vai pro meio-fio e fica parada, um limpa e escorre pro o outro, o outro num limpa, aquela parte fica aquela água verde lá com foco, aquilo ali é horrível. ” ACE 1 - Vilhena/RO

Os Determinantes Sociais em Saúde (DSS) são condições de vida e trabalho que influenciam na situação de saúde de uma população. Buss e Filho (2007) apresentam o modelo de *Dahlgren e Whitehead* (Figura 6), que explica a relação de alguns determinantes sociais em saúde com o adoecimento e as desigualdades. Observamos que todas as situações mencionadas para situação de risco estão na contempladas na camada “condições de vida e trabalho” deste modelo, logo podemos destacar e inferir que a educação, o ambiente, o saneamento básico e as condições de habitação e moradia influem sobre a possibilidade de proliferação de vetores como o *Aedes Aegypti*, e assim o adoecimento pelas arboviroses estudadas. Buss e Filho (2007) apontam que o modelo apresentado permite identificar locais de intervenção e considera que é preciso uma ação intersetorial para solucionar problemas ou reduzir desigualdades neste nível.

Figura 6 - Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead



Fonte: (BUSS e FILHO, 2007)

Quanto aos locais e potenciais depósitos de risco, observou-se que os hábitos da população e a resistência em cumprir as orientações geram situações de risco para a dengue, zika e chikungunya dentro das residências. Além disso, uma das maiores dificuldades enfrentadas pelos agentes no combate a estas arboviroses é o acesso e intervenção nos locais críticos como: casas fechadas, terrenos baldios e imóveis públicos de responsabilidade do município:

“Assim, vejo principalmente borracharias, no sentido de locais, borracharias, cemitério e áreas verdes ali, área pública da prefeitura,

às vezes o pessoal joga muita coisa, eu acho que seria uma coisa de risco e às vezes o mato também.” ACE 4 - Cascavel/PR

“Uma situação de risco de maior vulnerabilidade é quando você tem uma casa fechada, que você não conhece o que tem lá dentro, e que ela é um potencial criadouro de Aedes. Então as casas fechadas, elas são grandes gargalos que a gente tem pra questão do trabalho ter mais fluidez e ter mais resultados.” ACE 1 - Campina Grande/PB

“Sabe, acontece muito assim, muitas vezes o foco não tá na casa da pessoa que eu visitei, mas tá no lote do lado, lote baldio. O que eu faço com os lotes baldios? E isso é cobrado de nós, viu? Que daí eles cobram assim: “você tá todo dia na minha casa mas você não faz nada com esse lote baldio”, então eles jogam uma responsabilidade que no caso não tem, porque o nosso trabalho é orientação e eu orientar quem se não tem ninguém ali naquele lote, naquele momento e não achamos o dito cujo que é o proprietário, porque nessa hora some o proprietário.” ACE 5 - Cascavel/PR

“O pior de tudo é o lixo. O lixo que tá se acumulando de uma maneira assim que você já não tá conseguindo dar conta né. Eu sei que não é fácil, eu sei que se a gente for pensar a fundo, é muito lixo, mas é a maneira de você tirar o foco de circulação.” ACE 4 - Cascavel/PR

“Realmente acho que essas situações de... de acúmulo de água... de acúmulo de entulhos... de... de coisas que podem mesmo juntar essa água um pouquinho mesmo do mosquito da dengue.” ACS 3 - Cascavel/PR

“Situação de risco que eu acho, assim, é você vê algum lugar né, que é criadouro e você não tem como intervir. Que você... gostaria de intervir, não interviu. Nós tínhamos alguns problemas de borracharia, aqui, foi feito... um trabalho de conscientização.” ACS 2 - Cascavel/PR

“Eu penso logo, igual... uma população que mora em beira de córregos. Em beiradas de córregos, igual a gente já viu muitos que tem muito mato, às vezes você fala assim “ah, mas mato não dá”. Mas e o que o povo joga, o lixo que joga lá no meio do mato, né?” ACS 2 - Anápolis/GO

Tauil (2001) nos explica que a vida nas cidades grandes gera muita insegurança e por este motivo é muito difícil realizar o trabalho de combate ao vetor nas residências, afirma também quanto a essa característica não há diferenças entre os bairros considerados mais ricos ou mais pobres. E relação às áreas públicas com potencial risco à saúde, o autor também sinaliza que um dos componentes das atividades contra o vetor consiste em fiscalizar locais como borracharias, cemitérios e terrenos baldios.

A situação de epidemia também foi considerada uma situação de risco pelos agentes entrevistados, pois quando a população está doente, significa que o trabalho de prevenção falhou em alguma de suas etapas e há mais criadouros nas residências, mais

mosquitos circulando e mais pessoas com o vírus das doenças incubado, ou seja, o potencial de disseminação é bem maior neste contexto:

“Assim, eu vejo uma situação de risco quando há tipo uma epidemia, né? Quando há um grande número de casos, né? No caso, de casos de zika e chikungunya. Aqui mesmo, acho que foi em 2016, teve um grande número de zika, de casos de zika.” ACS 1 - Vilhena/RO

“Uma situação de risco é justamente essas casas que não têm a higienização, que acumulam lixo, então através de uma casa numa rua, né, que se a pessoa não tiver cuidado sai contaminando todo mundo. Como já teve. Já aconteceu na minha área, que tinha uma pessoa que jogava, assim, tinha coisa de animal e ela jogava lá próximo na mata, então na rua todinha o pessoal tava tendo dengue por conta de uma única casa” ACS 2 - João Pessoa/PB

“Quando tem muita gente já contaminada. Aí a situação de risco é muito grande, porque, se tem um mosquito na área e tem muita gente já com o vírus incubado, aí fica uma situação muito difícil de controle.” ACE 2 - Campina Grande/PB

“A situação de risco é onde você encontrar... criadouros, né, do mosquito. E, com isso aí, proliferar a própria doença, né? Que o mosquito, ele é o vetor, quem tem a doença pelo que nós entendemos é o próprio ser humano. E o mosquito vai se infectar e chegar a transmitir pra população. E com isso aí que eu garanto que tiver onde vai ter um risco maior aí a doença vai expandir, né? Quer dizer, vai acumular mais ainda.” ACE 3 - Campina Grande/PB

A nuvem de palavras da Figura 7, traz a representação imagética dos exemplos mencionados pelos ACS e ACE quando questionados sobre situações de risco já encontradas nos domicílios. Observa-se a alta frequência das palavras: água, lixo, casas fechadas, terrenos baldios e objetos que acumulam água e que tem o descarte incorreto favorecendo o aparecimento de criadouros e mosquitos.

Figura7- Exemplos de situações de risco encontradas



Fonte: Elaboração Própria, 2018. Criado no Site Tagul WordArt.

Tauil (2001) ressalta em seu trabalho que o processo acelerado de urbanização sobrecarrega a infra-estrutura de esgotamento sanitário e abastecimento de água e estes fatores são importantes para o aumento dos criadouros do mosquito. Outro fator que contribui para a proliferação dos mosquitos é o modelo de produção moderno, onde existem muitos objetos, potenciais criadouros que não recebem o descarte correto, que são os materiais descartáveis, latas, plástico, pneus e até mesmo os vasos de plantas.

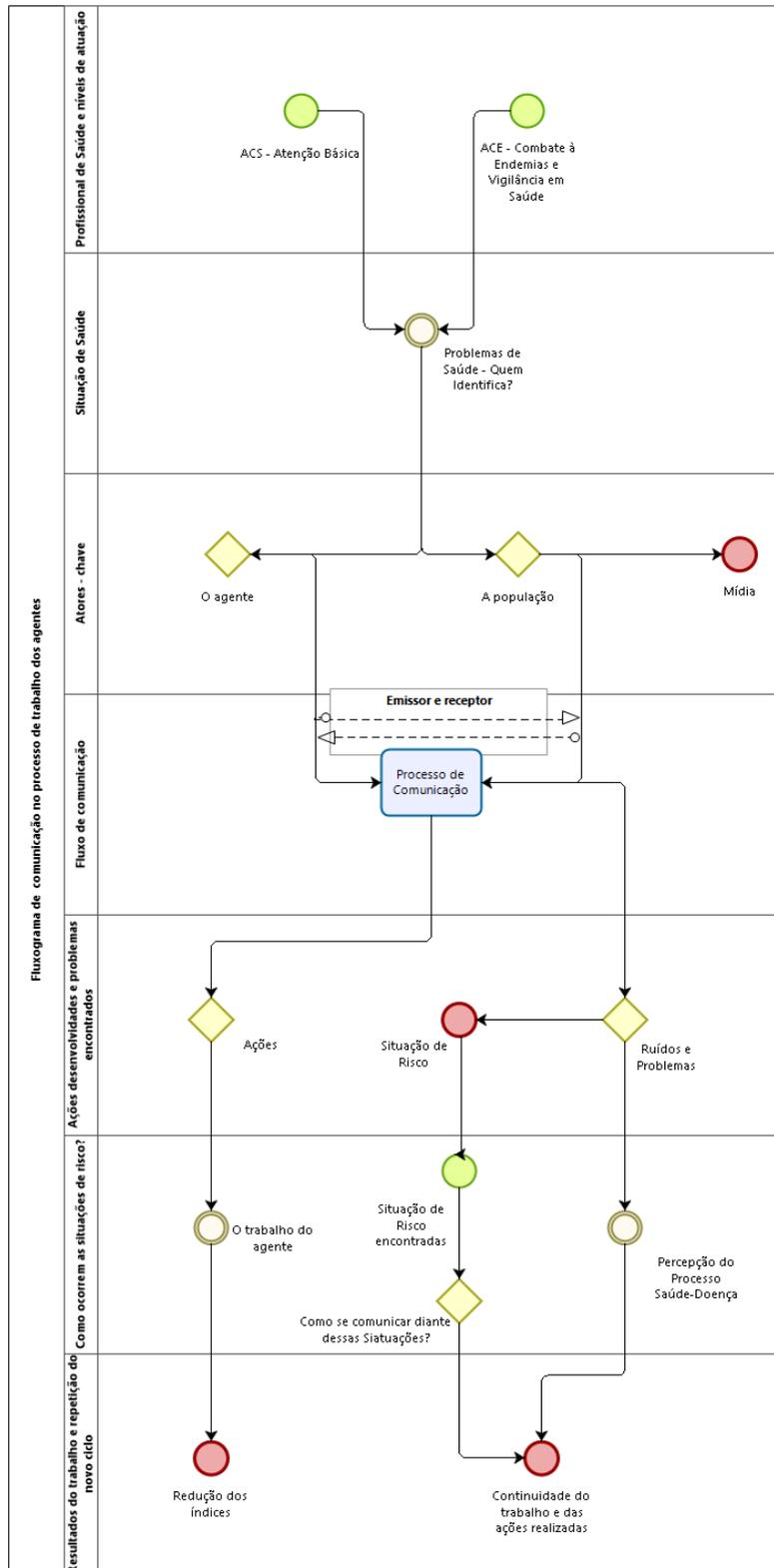
Todos esses objetos acabam sendo acumulados nas vias públicas, quintais e terrenos baldios.

Os fatores de risco para as arboviroses dengue, chikungunya e zika estão bem descritos nos estudos científicos e estão presentes nas falas dos Agentes de Saúde e nos instrumentos utilizados pelo Ministério da Saúde para mobilização e participação da comunidade na prevenção à saúde.

As arboviroses dengue, chikungunya e zika possuem um alto índice de endemicidade, principalmente em países tropicais, como o Brasil, além de que os vetores (*Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus*) estão presentes em todos os continentes do mundo (FARES *et al*, 2015; OMS, 2016). Destaca-se ainda que estas doenças estão associadas ao crescimento desordenado das cidades, à pobreza e, conseqüentemente, ao não abastecimento de água encanada, e a baixa ou insuficiente coleta de lixo nestes lugares, mas, também à questões climáticas como a temperatura média anual e o índice pluviométrico e questões entomológicas como a presença do mosquito transmissor por habitante (CLARO, TOMASSINI e ROSA, 2004; GONÇALVES NETO, *et al*, 2006; SAMPAIO e SANTOS, 2007; ARAÚJO, FERREIRA e ABREU, 2008; PESSANHA *et al*, 2009; FLAUZINO, SOUZA-SANTOS e OLIVEIRA, 2009; SANTOS, CABRAL e AUGUSTO, 2011; VIANA e IGNOTTI, 2013; FAVARO *et al*, 2013; FARES *et al*, 2015; GONÇALVES *et al*, 2015).

Observa-se que a presença de lixo e outros resíduos estão associados à proliferação e distribuição dos casos destas doenças, assim como é comum que nos períodos chuvosos haja um aumento no número de casos. Apresentam-se, portanto, como fatores de riscos associados à dengue, chikungunya e zika vírus a presença de água parada em recipientes, a presença dos vetores e a suscetibilidade de cada pessoa.

Figura 8 - Fluxograma de comunicação no processo de trabalho dos agentes



O fluxograma estabelecido para compreender o processo de comunicação em situação de risco adotado pelos ACS e ACE na prática dos serviços de saúde, foi elaborado a partir das observações em campo e da leitura em profundidade de todas as questões realizadas nas entrevistas. Assim foram criados sete níveis de contexto para os processos de trabalho onde ocorre a comunicação.

No primeiro nível estão os informantes-chave desta pesquisa, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o Agente de Combate às Endemias (ACE), que atuam na atenção básica e na vigilância em saúde, respectivamente. Ambos atuam diretamente com a comunidade, no território, realizando visitas domiciliares com a fim de estimular na comunidade a promoção da saúde, a prevenção e o controle de doenças.

No segundo e terceiro níveis estão os problemas de saúde e os atores que participam deste fluxo de comunicação. Os problemas relacionados às arboviroses dengue, zika e chikungunya que acometem a população são identificados pelos seguintes atores: os agentes de saúde e a própria população, que toma conhecimento sobre a situação de saúde por meio do contato interpessoal na comunidade, e através das informações veiculadas na mídia, que engloba os meios de comunicação como a televisão, o rádio e os jornais além do acesso à internet e o uso de redes sociais. A questão que orientou este entendimento no segundo e terceiro nível foi: “Como você acha que população do seu território fica sabendo dos perigos à saúde relacionados a D, Z e C?”

“De várias formas, é através do ACS,, que está sempre presente, eu moro na minha micro área, então, assim, fora do horário de trabalho, há sempre um contato? A gente tá sempre em contato, tem a questão do grupo do WhatsApp, então a todo momento eles recebem informações, e fora a questão da mídia, telejornais, essas coisas todas.” ACS 1 - João Pessoa/PB.

“Eu acho que assim, que a televisão, que a internet, né? Hoje contribui muito em todas as áreas. Tanto da saúde, comunicação, tudo. Então, as pessoas estão vendo TV, estão assistindo, estão vendo internet. Às vezes, eles vêem uma informação, vêem uma notícia, que às vezes eles falam: “Ah! Poxa, aqui está acontecendo? A mesma coisa que foi falado ali”. Então o povo tem informação? Dificilmente que não tem internet em casa, né? Todo mundo tem uma TV, tem uma internet” ACE 3 - Villhena/RO

“...através das mídias, as mídias sempre passam, né, pra a gente ter cuidado, pra se prevenir, e a própria pessoa, quando tá enfermo, já passa pra um, passa pra outro, diz assim “ó, ali tem uma pessoa que tá ali com caso de dengue”, “ali tem um caso de chikungunya”, “ali tem caso de zika”. ACE 2 - João Pessoa/PB

“Pelo nosso trabalho, pelo trabalho dos agentes de endemias, pela pelas mídias.” ACS 4 - Cascavel/PR.

Para Tauil (2001) a mobilização comunitária é bastante estimulada pelos meios de comunicação modernos. Estes mecanismos devem ser utilizados de forma eficaz e oportuna, pois há grande influência sobre a população.

No quarto nível do fluxo acontece o processo de comunicação entre os atores identificados: os agentes e a população, que por interagir e trocar informações constantemente podem ser considerados, tanto emissor como receptor. Para entender o contexto em que se dá a comunicação é preciso conhecer o papel de cada um desses atores e quais são as suas dificuldades no enfrentamento a dengue, zika e chikungunya. Os agentes enfrentam dificuldades em relação à má aceitação do seu trabalho no território, o que reflete em casa fechadas e moradores desconfiados, há ainda dificuldades relação a profissão como o sol forte, a falta de protetor solar, a falta de material em campo, a violência urbana, questões trabalhistas em relação a remuneração e uniformização.

“O nosso papel como agente de combate às endemias é informar, informar e informar. Olha, a gente tenta mudar, né, a consciência, a cultura do nosso povo com a questão da educação ambiental. Então o que nós trabalhamos mais é a tríade que tem que ter pra ter um bom trabalho das arboviroses é educação, informação e comunicação. Se a gente não trabalhar sobre esse tripé, a gente não é bem-sucedido. Então a comunicação a gente tenta fazer o melhor que pode, a informação a gente tenta passar da melhor maneira, agora, a outra parte é a população quem tem que começar a se sentir pessoa responsável e o maior agente de combate a endemias.” ACE 1 - Campina Grande/PB

“O principal é você recomendar, se entrar mudo e sair mudo eu não posso fazer o trabalho, cê tem que ter diálogo, cê tem que informar a população.” ACE 1 - Vilhena/RO

“Como ACE as pessoas ainda não aceitam totalmente o trabalho como ele é pra ser feito, entendeu? Porque a gente faz uma residência, entra em todos os cômodos da casa, isso é incômodo pra alguns, né? Mas também tem o sol, porque a nossa preocupação é com o passar do tempo. a dificuldade em campo em relação a isso é casa fechada também, é algo ruim também. Casas que realmente não, assim, não tá aberta nem tem morador.” ACE 2 - Campina Grande/PB

“Olha, a aceitação, às vezes, das pessoas. Muitos não gostam muito da nossa visita, eles acham que nós somos meio invasivos, digamos assim né, porque você tá visitando uma propriedade, é claro que a gente só entra autorizado, mas muitas vezes você tem que, você tem que ter um jogo de cintura pra convencer ele que o nosso trabalho é importante e que é válido e que é necessário.” ACE 5 - Cascavel/PR

“A maior dificuldade que eu vejo é a aceitação da população com a nossa visita e com o funcionamento a unidade saúde da família. No modo geral, eles ainda não entenderam qual é o objetivo do programa, eles não entendem a forma que nós trabalhamos como equipe. É bem interessante, mas é essa a dificuldade de eles aceitarem. Às vezes eles vêem a gente lá na rua, batendo palma na frente da casa, mas não saem para receber a gente. Essa é uma das dificuldades.” ACS 5 - Cascavel/PR

“Eu particularmente, eu mesma fiz o meu próprio crachá, paguei pra fazer. Eu acho que assim, o fardamento, o material que demora muito pra gente, assim, uma questão de material, de suporte mesmo, lápis, borracha..., o protetor. É, material que demora muito né? A questão salarial. Tem mais de 6 anos que a gente não recebe um aumento, só trabalho, trabalho, cobrança, cobrança e nada de aumento, né? Ao invés de pôr, retira.” ACS 3 - João Pessoa/PB

A percepção dos agentes de saúde sobre as responsabilidades e as dificuldades dos moradores do território revelam com o constante trabalho realizado, e que, parte da população tem se mobilizado para o combate ao mosquito, mas outra parte ainda é resistente. Também há moradores que enfrentam problemas com o saneamento básico, coleta de lixo irregular, acúmulo de lixo nas residências e problemas no abastecimento de água e o não cumprimento das orientações realizadas.

“Têm aquelas pessoas que são caprichosas, continuam sendo caprichosas com o seu pátio. E aquelas pessoas que nunca cuidam, não cuidam mesmo. Por mais que as pessoas andem passando, né? A gente passa, a gente avisa “Tem que cuidar e tal!” Mas a gente percebe que algo cultural, acredito que seja?” ACS1 - João Pessoa/PB

“A população, ela tem que ser eterna vigilante, não tirando a responsabilidade, não tirando a nossa obrigação como servidores que somos, de fazer um trabalho de educação e conscientização.” ACE 1 - Campina Grande/PB

“Tem muita gente que acha que o ACS ou o ACE tem que fazer o serviço deles. E muita gente que já tá mudando a cabeça.” ACS 3 - Anápolis/GO

“Aqui no Nordeste, antigamente e até um certo tempo, a gente via e chamava “martelinho”. E pra você entender que aqueles martelinhos que se mexe na água vai virar um mosquito e que vai te causar o mal, muitos não acreditam. É ainda, por mais campanhas que sejam feitas, as pessoas subestimam o Aedes” ACE 2 - Campina Grande/PB

“O lixo. O lixo aqui assim, as pessoas que moram na rua de trás, o caminhão de lixo não passa, então elas têm que botar na rua da frente esse lixo, então assim, quem tá na sua casa não quer que venham botar né, aí se bota nas esquinas.” ACS 4 - João Pessoa/PB

“Pra te falar a verdade, eu acho que é falta de vontade. Falta de vontade porque é questão de alguns minutos, você dá uma olhada no quintal quando chove.” ACE 4 - Cascavel/PR

Na Teoria do Agir Comunicativo (TAC) Habermas (2002) nos explica como ocorre a comunicação entre os atores envolvidos na ação comunicativa, eles agem sempre orientados por uma razão, uma lógica e estão inseridos no mundo da vida, onde estão imersos na própria cultura, linguagem e modelos próprios de entendimento dos fatos. No agir comunicativo é preciso que os atores no processo de comunicação cheguem ao consenso, que seria pela observação do conteúdo dos depoimentos a compreensão da população sobre mensagens emitidas pelos agentes e o cumprimento das recomendações.

Habermas (2002) explica que, quando não há o consenso entre as partes, é preciso que os atores envolvidos no agir comunicativo argumentem, debatam e discutam entre si, a fim de que através da arguição uma das partes possa mudar de opinião sobre determinado fato, este processo é mais importante que o resultado. Quando o consenso ocorre por coação e imposição, a comunicação falha e em consequência disso os procedimentos recomendados não são executados da forma correta.

Vale ressaltar que a comunicação estabelecida neste momento é o modelo bidirecional de comunicação em saúde descrito por Shiavo (2007) e Corcoran (2010), rompendo com o modelo clássico de comunicação.

A partir da identificação dos problemas enfrentados pelos moradores e pelos agentes de saúde é possível supor situações de risco para a dengue, zika e chikungunya. Os agentes de saúde entendem que há situação de risco quando:

“Acho que é a pessoa não aceitar fazer aquilo que é de praxe dele mesmo, da família. A situação de vulnerabilidade né? Que a gente tá assim, aqui é uma área muito carente?” ACS 5 - João Pessoa/PB

“Acho que quando eu penso assim uma situação de risco, e lembro das famílias, acredito que é, a falta da informação, da educação né, pouca qualidade de vida, são coisas que juntas torna uma família vulnerável.” ACS 4 - Cascavel/PR

“Quando tem muita gente já contaminada. Aí a situação de risco é muito grande, porque, se tem um mosquito na área e tem muita gente já com o vírus incubado, aí fica uma situação muito difícil de controle.” ACE 2 - Campina Grande/PB

“É a falta do pessoal entender e fazer o serviço que tem que fazer, não deixar nada mesmo pra acumular água pra que crie o mosquito, né, que quanto menos mosquito tiver menos o surto de doença vai manifestar.” ACE 2 - Vilhena/RO

Assim as equipes de saúde realizam intervenções na forma de ações diretamente com a comunidade, estas ações conseguem alcançar resultados positivos e melhora dos indicadores, no entanto ainda persistem os ruídos e as falhas na comunicação.

“Tem muita gente que acha que o ACS ou o ACE tem que fazer o serviço deles. E muita gente que já tá mudando a cabeça.” ACS 3 - Anápolis/GO

“Eu trabalho em três bairros, eu sempre noto diferença que quando você recomenda, o índice abaixa, o índice predial, tem cem casas, tava dando sete por cento, hoje tá três, dois, três por cento. Eu acho que a informação é o principal pra você resolver o combate à dengue.” ACE 1 - Vilhena/RO

“Tem comunidade que não previne. Espera a gente. Espera a gente lá pra gente tratar, pra gente virar, chama a gente direto. E tem gente que fala assim “não, mas é o trabalho de vocês”. O trabalho da gente é ser empregado da senhora um dia naquele mês, manda olhar tudo. Aí depois, o resto é com a senhora”, é meio complicado. ACE 3 - Campina Grande/PB

No penúltimo nível, é preciso conhecer por que ainda persistem ruídos e escolher outras formas de se comunicar com a população para superar as situações de risco encontradas. Nesta fase, destaca-se a percepção sobre o processo saúde-doença, onde o morador acredita que a doença não existe ou que nunca pode acontecer, e por isso não toma decisões sobre a sua própria saúde.

“Eu acho muito devagar, porque eles não acreditam, eles só fazem alguma coisa quando realmente alguém adocece.” ACE 2 - Campina Grande/PB

““não aconteceu comigo, então...”. Porque eu sempre eu sempre digo assim a eles “vocês abrigam eles (os mosquitos), eles não vão picar vocês, vão picar o vizinho. Porque eles não são besta de picar a quem tá dando, abrigo”, mas tem uns que se conscientizam, outros não. Principalmente os acumuladores, eles não se conscientizam, não tão nem aí.” ACS 6 - João Pessoa/PB

“A gente fala muito com o pessoal, mas infelizmente a gente vê que eles ainda acham que o problema só acontece com os outros. Aí por isso que eu acho que tá tendo esse problema tão grande agora com a dengue, com a chikungunya, com o zika vírus.” ACE 3 - Campina Grande/PB

No último nível apresentado ocorrem dois resultados possíveis. O primeiro é o êxito das ações e da comunicação estabelecida entre os agentes e parte da população; o outro resultado é a continuidade das ações e de todo fluxo, ou seja, o trabalho dos agentes

é contínuo, o impacto positivo das ações não exclui ou torna menos importante a realização do trabalho diário e contínuo. Assim, todo o processo ocorre novamente.

“É meio complicado, sabe? Porque assim, parece um serviço meio repetitivo, né? Que a gente faz. A gente vai orienta, no mês que vem vai orienta, está do mesmo jeito parece, né? Parece que é uma coisa assim, que não tem um certo andamento, né? Parece que é sempre orientando, orientando, orientando e você não vê muito resultado, né? Mas assim, os moradores uns aderem, uns a gente vai lá e fala que tem que limpar o quintal, no outro dia você vê o quintal já está limpo, né? Você já vê assim o interesse. Mas tem uns que você vai esse mês, você vai no mês que vem, continua do mesmo jeito.” ACE 1 - Vilhena/RO

“Então, mesmo a gente achando que muitas vezes o trabalho é inútil, porque tem pessoas que não se conscientizam, mas eu acho que ainda é assim, aquele trabalho de formiguinha, do dia-a-dia, a gente entrando nas casas, e ir orientando as pessoas.” ACE 2 - Cascavel/PR

“Então é um trabalho dificultoso, é um trabalho... tanto que a gente não acaba esse trabalho. É um trabalho sempre anual. Que a gente entra numa casa, só eu entro no ano cinco a seis vezes? Numa casa só.” ACE 4 - João Pessoa/PB

Ao final de todo processo, cabe destacar alguns pontos sobre o trabalho realizado. Os ACS relataram realizar mais trabalhos de natureza administrativa dentro do trabalho interno da unidade básica de saúde, como a atualização dos cadastros das famílias, por exemplo.

Os ACS e ACE devem se comunicar a fim de trocar informações sobre os domicílios e famílias que apresentam situações de risco para as arboviroses, pois o papel do ACS é identificar e orientar a população quanto aos potenciais focos e criadouros, já o ACE trabalha com a aplicação de larvicidas e inseticidas e realiza coleta de dados para o levantamento de índices de infestação.

O ACS relatou maior vínculo e adesão das famílias pelo fato de ser da comunidade e de já trabalhar com outras atividades da atenção básica nos domicílios. Tanto o ACS quanto o ACE reconhecem limites de atuação no âmbito das arboviroses, algumas limitações relacionam-se à falta de materiais, questões trabalhistas, resistência da população, atuação do estado em locais específicos como os terrenos baldios e a falta de punição (notificação e multa) em situações persistentes.

AS AÇÕES DESENVOLVIDAS

No âmbito das ações e atividades desenvolvidas a fim de comunicar sobre a prevenção das arboviroses dengue, zika e chikungunya, o relato dos agentes de saúde nos remete a ações diversas, que ocorrem no cenário da atenção básica, mas com o enfoque em Informação, Educação e Comunicação em saúde (IEC).

“Nós fazemos às vezes ações como se fosse um teatro, na minha equipe foi feito como se fosse um teatro, principalmente em uma área onde passa muita gente, no terminal, nós fomos lá fazer um pouquinho de um teatro” ACE 4 - Cascavel/PR

“Com palestras? A gente pega o pessoal da comunidade e quando chega na unidade, né, a gente já realiza aquelas palestras sobre o que tá acontecendo, né, da dengue, e tudo mais. Na sala de espera. E, quando a gente vai pro colégio, a gente faz as palestras com as crianças, né, do pré ao 6º ano, né, a gente tá vendo que tá dando certo, é positivo.” ACE 1 - João Pessoa/PB

“Eu acho que sim, a gente como ACS a gente faz muita comunicação da saúde, né? A acho que todo dia eu vejo isso, a gente fazendo a comunicação, porque se for no modo geral a gente trabalha muita comunicação falando a respeito do preventivo. Então a gente trabalha muito essa comunicação e essa informação no dia-a-dia. No atendimento, acho que desde a recepção. Eu acho que a gente trabalha muito no falar. Panfletar, essas coisas a gente não? Não é disposto muito isso pelo município. Mas no boca a boca, na visita a gente tenta passar bastante essas informações.” ACS 5 - Cascavel/PR

“Então, material assim cartazes, essas coisas, né? Às vezes vem adesivo, às vezes nem sempre vem, né? Mas vem adesivo às vezes, vem cartazes. Mas folders assim, é mais para palestras nas escolas, né? A gente não dispõe muitas vezes de uma disponibilidade grande para entregar para os moradores, mas tem. A gente faz o mutirão na rua, pit stop (ações no semáforo).” ACS 1 - Vilhena/RO

“O acolhimento é uma delas. E fora os eventos que sempre tem evento aqui, sempre tem alguma coisa, e por incrível que pareça esse tema de dengue, zika e chikungunya é o ano todinho, nunca para de ser debatido, por incrível que pareça. Sempre tem palestras, distribuição de panfletos, e sempre tem aquele pavorzinho que a gente faz pra sempre dar um medinho neles, né, dizer que morre mesmo, que mata mesmo, pra poder funcionar.” ACS 2 - João Pessoa/PB

As ações de Informação Educação e Comunicação estão estritamente vinculadas às práticas populares e mobilização social em favor da saúde. De maneira que há, no Brasil, há uma forte indissociabilidade entre informação, educação e comunicação em saúde, fortalecendo os conceitos prévios de cada componente e ampliando a atuação de cada ação de informação, educação e comunicação separa (PEREIRA e SOUSA, 2008).

Isso foi possível a partir da compreensão da informação - antes vista como dado - como conteúdo e como linguagem; da comunicação como instrumento de transformação social [...] da educação como capaz de permitir a substituição de antigos e arraigados hábitos de passividade por novas práticas participativas e transformadoras (PEREIRA e SOUSA, 2008, p. 135).

Desta forma, as ações de IEC favorecem que a comunidade possua pensamento crítico e reflexivo sobre sua situação de saúde e os riscos aos quais estão expostas, assim como, tornem-se atores atuantes na construção de vidas mais saudáveis e de ambientes favoráveis à saúde (PEREIRA e SOUSA, 2008).

A nuvem de palavras da Figura 9 traz a representação imagética dos exemplos mencionados pelos ACS e ACE quando questionados sobre as ações e atividades desenvolvidas para informar e comunicar sobre as arboviroses dengue, zika e chikungunya. Observa-se a alta frequência das palavras: escola, educação, panfletos, palestras, prevenção, grupos, cartazes, divulgação e informação.

“Cuidado. É a prevenção mesmo, é o cuidado, é não deixar acontecer, não deixar o mosquito se proliferar, só isso, é a única prevenção é essa.” ACS 2 - João Pessoa/PB

“Evitar o acúmulo de entulhos, de lixo né? Eu acho que a higienização e essa fala constante porque a gente sabe que não tem um período específico, né? Eu acho que o cuidado com a saúde tem que ser no dia-a-dia.” ACS 3 - João Pessoa/PB

“O ideal é se manter esses cuidados com a água da chuva, água parada, assim tu mantém em dia tudo o que possa tá segurando água ali no seu quintal.” ACE 4 - Cascavel/PR

Tauil (2002) confirma este entendimento ao afirmar que o vetor é o único elemento da cadeia vulnerável as ações de prevenção

A informação, educação e comunicação em saúde para o modelo de prevenção das arboviroses retomam e complementam o sentido das ações desenvolvidas.

“A melhor maneira é você fazer um trabalho em educação e saúde, orientar a população.” ACE 1 - Vilhena/PR

“As ações, as ações em saúde, né? Ou seja, a orientação. A cidade a prefeitura, né? A atenção básica, eu acho que tem que melhorar muito assim, fazer bastante reuniões, palestras, convidar a população. Ações que envolvam a população. Tipo aqui nessa unidade de saúde, aqui a gente faz. Às vezes é levado folder, panfletos. E aí a população tem a informação, consegue ter, né?” ACE 3 - Vilhena/RO

“Eu acho que a maneira ideal ainda não existe, porque, nós temos o problema aí. Agora, é não deixar de combater, de uma forma prática mesmo, e tá sempre levando a informação.” ACS 1 - João Pessoa/PB

O DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO DOS AGENTES DE SAÚDE SOBRE OS CARTAZES APRESENTADOS

Quadro 4 - O Discurso do Sujeito Coletivo

Ideia Central - O Cartaz	DSC
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>2013</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2015</p> </div> </div>	<p><i>Esses chamam mais atenção porque representam o dia-a-dia deles. Eu achei muito bom mesmo, ele chama pra faxina, eu vejo todo mundo se juntando, todo mundo se reunindo para fazer um trabalho de limpeza, um trabalho mais jovem, envolvendo mais jovens, escolas, é a mobilização mesmo. A plantinha com areia é a realidade, eu achei muito bom, porque ele chama a atenção.</i></p>
<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>2014</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>2014</p> </div> </div>	<p><i>A situação é impactante, né? Um jarro se transformando em um monte de muriçoca. Excelente, ou seja, o pneu se desmanchando aqui e aparecendo os mosquitos já do próprio pneu. Isso aqui quem bolou, bolou muito bem. Mesmo assim eu acho que eles ainda têm uma abordagem muito leve para o problema de saúde que a gente tem nas mãos. É uma coisa simples, mas que pode ter um foco muito grande em um recipiente pequeno. Eu acho que quando é mais ilustrado, passa uma informação de como você pode melhorar na sua casa, igual essa da plantinha, que você pode colocar a terra. Eu vejo um pneu, e o formato dele, que eu estou vendo. Às vezes eles não entendem, porque é uma pessoa mais simples, não entende o contexto do texto. O pneu, eu posso orientar dessa forma, até para quem não sabe ler. “O perigo aumentou”, muito importante. Ó, “dengue e chikungunya: o perigo aumentou e a responsabilidade</i></p>

de todos também”. Então não é só a responsabilidade dos agentes, a responsabilidade é de todos.



2016

Esse já tem uma abordagem mais enfática, já cria mais impacto, que você vai ver que são histórias reais de pessoas dizendo, que prejudicaram a vida. Eu acho que o cartaz de 2016 se torna mais impactante que o de 2014. Eu vejo as imagens, mas poucas pessoas vão ler, elas vão ver mais a personagem que está aqui o quê? Com a cara de triste, mas não muito triste, né? Ela está em uma posição de reflexão. Talvez não foi ela que perdeu, mas traz uma ideia de reflexão, por isso poucas pessoas vão parar para ler.



2016

Ele é mais interessante por ser mais lúdico. Ele faz mais sucesso com as crianças. As crianças veem a imagem, por isso que é mais interessante, porque ele tem mais figuras lúdicas e isso chama mais atenção. É uma forma muito atrativa de chamar a população, passa muito bem uma mensagem, eu achei excelente. Algumas crianças e idosos não sabem ler e eu posso orientar pelos desenhos, eles vão identificar como fazer. É ótimo porque aí tá orientando a população a se prevenir, demonstra a orientação. A campanha, que eu faço aqui é sempre neste modelo, trabalho muito com os alunos também. Quem fica em casa são pessoas de mais idade, uma dona de casa, esses modelos são interessantes, às vezes o texto que eles passam pode ser bom, mas as pessoas não entendem. Tudo o que eles dizem é o que realmente deve ser feito. Aqui tem a calha, o pneu, o vasinho de planta, pratinho, tem o lixo do quintal, a caixa d'água, o vidro e a garrafa. Então muito do eu peço pro morador olhar é onde eu realmente encontro muito foco também. Um mosquitinho tão pequenininho não poderia fazer um estrago tão grande, eu costumo falar, às vezes a gente vê, um mosquitinho pode derrubar um elefante... eu falo uma pessoa de grande porte e derruba mesmo. “Um mosquito não é mais forte que um país inteiro”, então se todo mundo se juntar, aqui no próprio cartaz fala, a gente faz a diferença.



2017



2017

O brasileiro gosta do choque, o brasileiro gosta de ver isso. Esse de 2017, eu pude ver aqui, ele é o que mais provoca. No caso dessas pesquisas assim, de testemunha mesmo, eu acho que é o que mais choca. Relato de pessoas. Eu acho que deveria ter panfletagem de relato, eu acho que seria mais chocante pra sociedade, pro nosso meio. Porque mexe com o emocional e tem gente que não tem essa consciência ainda, que pensa que é tão pequenininho que não vai acontecer nada na casa dele. Quando eu perco alguém eu vou sentir, daí a gente vê a emoção da pessoa, “Ah! O que eu poderia ter feito eu não fiz?” Essa ação aqui já mostra que você tem que se mobilizar, e eles acabam tendo mais a preocupação depois que acontece um incidente desses de perder um filho de perder um ente da família, também tá orientando que a dor da doença é triste, é horrível, pode marcar.

O Conjunto de Cartazes

Eu vejo que cada um é expresso de uma forma, a diferença é que cada um quer transmitir de um jeito, mas falando sobre o mesmo assunto. Eu acho que eles trazem boas informações, de uma forma geral, eles dizem realmente o que o mosquito provoca e como fazer o combate. Eu acho que tá bem explicado. Querendo ou não toda campanha é importante, tem um peso assim na vida das pessoas porque são informações, apesar de muitas pessoas não acompanharem um jornal, ou as vezes não leem uma revista, é um meio de divulgação, são bons informativos, é importante a população saber, é legal, deveria persistir. Eu acho que também tem que ter o material ali ó, exposto. A população tem que cuidar mesmo porque eles têm a informação, a informação tá na mão, eles sabe acho que de cor e salteado aquilo que se deve fazer e pra evitar tudo isso só tem uma forma, a pessoa está consciente. Se você não tiver uma participação da comunidade, você sozinho não faz nada.

Fonte: Elaboração Própria, 2018.

Os discursos encontrados apontam para a qualidade dos cartazes apresentados, e em síntese descrevem os conteúdos, imagens e diferenciam as abordagens.

Assis, Pimenta e Shall (2013) realizaram pesquisa qualitativa para conhecer a opinião de profissionais de saúde e professores acerca de materiais impressos sobre dengue. Verificaram que alguns impressos apresentavam erros de conteúdo, dificultando o entendimento do público e disseminando informações erradas. Os cartazes utilizados neste estudo são de fonte oficial, Ministério da Saúde e não apresentam erros de conteúdo.

Os profissionais de saúde expressaram no estudo de Assis, Pimenta e Shall (2013) que os impressos contribuem para o trabalho em campo e conferem validade as orientações em saúde realizadas.

O estudo de Oliveira et. al (2007) apresentou resultados do trabalho com cartazes sobre HIV/AIDS e evidencia que o contato com os cartazes situa o receptor a realizar uma escolha. Oliveira et. al. observou que: “*Déficits* cognitivos e os determinantes econômicos, culturais e educacionais também foram referidos pelos participantes como empecilhos ao bom entendimento da mensagem do cartaz.” (2007, p. 291).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que o trabalho realizado pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) é de extrema importância para prevenção e controle das arboviroses. As orientações e visitas realizadas nos domicílios são as mais eficazes para o combate ao vetor.

Deve-se ressaltar as dificuldades enfrentadas pelos agentes para o cumprimento do seu trabalho, aqui se observou inúmeras dificuldades de diversas naturezas, desde barreiras com a comunidade até a desvalorização profissional e a falta de insumos e materiais básicos.

Estes profissionais precisam receber maior valorização e reconhecimento profissional, em função do contexto em que realizam suas atividades e dos resultados alcançados pelo trabalho. É importante que a gestão de saúde municipal promova a continuidade de ações intersetoriais.

Quanto à comunidade, é fundamental que haja o reconhecimento sobre a relevância do trabalho para a saúde pública e adesão as recomendações e orientações recebidas.

Recomenda-se a elaboração de um guia ou manual direcionado aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) na temática de comunicação de risco e arboviroses contendo seções específicas sobre o conceito de risco, a comunicação de risco e o passo a passo do que deve ser realizado neste contexto.

Sugere-se ainda, que sejam ofertados mais cursos de capacitação em informação, educação e comunicação em saúde, que é um dos eixos bastante trabalhados por estes profissionais, observou-se que todos sabem realizar a prática, mas poucos possuem conhecimentos teóricos sobre conteúdo.

BIBLIOGRAFIA

1. ARAÚJO, J. R.; FERREIRA, E. F.; ABREU, M. H. N. G. Revisão sistemática sobre estudos de espacialização da dengue no Brasil. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 11, n. 4, pg. 696-708, 2008.
2. ASSIS, S. S.; PIMENTA, D. N.; SCHALL, V. T. Materiais impressos sobre dengue: análise crítica e opiniões de profissionais de saúde e educação sobre seu uso. **Revista Brasileira de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 13, n. 3: 25-53, 2013.
3. BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
4. BHATT, S.; GETHING, P. W.; BRADY, O. J.; *et al.* The global distribution and burden of dengue. **Nature**, 496(7446), 504–507, 2016.
<http://doi.org/10.1038/nature12060>
5. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Boletim Epidemiológico nº 40: Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a semana epidemiológica 36 de 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, v.48 (40): 1-14, 2018.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.
7. BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis: Revista de saúde coletiva**, v. 17, n. 1, 2007.
8. CARDOSO, J. M. Práticas e modelos de comunicação na saúde: alguns elementos para pensar uma política de comunicação para a vigilância sanitária. In: COSTA, E. A.; RANGEL, M. L. **Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: Edufba, 2007.
9. CLARO, L. B. L.; TOMASSINI, H. C. B.; ROSA, M. L. G. Prevenção e controle do dengue: uma revisão de estudos sobre conhecimentos, crenças e práticas da população. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 6, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/02.pdf> Acesso em 05 out 2017.
10. CORCORAN, N (org.). **Comunicação em saúde: Estratégias para promoção de saúde**. São Paulo: Rocca. 2010.
11. COSTA, E. A.; RANGEL, M. L. (Org.). **Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política**. Salvador: Edufba, 2007.
12. FANTINATO, F. F. S. T.; ARAÚJO, E. L. L.; RIBEIRO, I. G. *et al.* Descrição dos primeiros casos de febre pelo vírus Zika investigados em municípios da região Nordeste do Brasil, 2015. **Epidemiol. Serv. Saúde**, 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ress/2016nahead/2237-9622-ress-S1679_49742016000400002.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.
13. FARES, R. C. G.; SOUZA, K. P. R.; AÑEZ, G.; *et al.* Epidemiological Scenario of Dengue in Brazil. **Bio Med Research International**, v. 2015, 2015. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4568054/?tool=pubmed> Acesso em 27 out. 2016.
14. FAVARO, E. A.; DIBO, M. R.; PEREIRA, M.; *et al.* *Aedes aegypti* índices entomológicos em uma área endêmica para dengue no Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 47, n. 3, 2013. Disponível em <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000500588&lang=pt> Acesso em 27 out. 2016.
15. FERNÁNDEZ-SALAS, I.; DANIS-LOZANO, R.; CASAS-MARTÍNEZ, M.; *et al.* Historical inability to control *Aedes aegypti* as a main contributor of fast

- dispersal of chikungunya outbreaks in Latin America. **Antiviral Research**, 124, 30–42, 2015. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.antiviral.2015.10.015>
16. FLAUZINO, R. F.; SOUZA-SANTOS, R.; OLIVEIRA, R. M. Dengue, geoprocessamento e indicadores socioeconômicos e ambientais: um estudo de revisão. **Rev. Panam. Salud Publica**, v. 25, n. 5, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892009000500012&lang=pt> Acesso em: 27 out. 2016.
 17. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: Saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1996.
 18. GERHARDT, T. E.; SILVEIRA, D. T. (Org.). **Métodos de pesquisa**. 1 Ed. Porto Alegre: UFRGS, 2009.
 19. GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
 20. GONÇALVES NETO, V. S.; MONTEIRO, S. G.; GONÇALVES, A. G.; REBÊLO, J. M. M. Conhecimentos e atitudes da população sobre dengue no Município de São Luís, Maranhão, Brasil, 2004. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 10, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000025&lang=pt Acesso em 05 out. 2017.
 21. GONÇALVES, R. P.; LIMA, E. C.; LIMA, J. W. O.; *et al.* Contribuições recentes sobre conhecimentos, atitudes e práticas da população brasileira acerca da dengue. **Saúde Soc.** v. 24, n. 2, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v24n2/0104-1290-sausoc-24-02-00578.pdf> Acesso em: 05 out. 2017.
 22. GUZMAN, M. G., & HARRIS, E. Dengue. **The Lancet**, 385(9966), 453–465, 2015. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60572-9](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60572-9)
 23. HABERMAS, J. **Agir comunicativo e razão destrancendentalizada**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiros, 2002.
 24. JOHANSSON, M. A. Chikungunya on the move. **Trends in Parasitology**, 31(2), 43–45, 2015. <http://doi.org/10.1016/j.pt.2014.12.008>
 25. LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O Discurso do sujeito coletivo**: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). 2. ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.
 26. LUZ, K. G.; SANTOS, G. I. V. dos; VIEIRA, R. de M. Febre pelo vírus zika. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 4, n. 24, p.785-788, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ress/v24n4/2237-9622-ress-24-04-00785.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2016.
 27. MADARIAGA, M., TICONA, E., & RESURRECION, C. Chikungunya: bending over the Americas and the rest of the world. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, 20(1), 91 – 98, 2016. <http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2015.10.004>
 28. MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: CONASS, 2015.
 29. MINAYO, M. C. S. (orgs.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.
 30. MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2008.

31. MONTERO, A. Chikungunya fever – A new global threat. **Medicina Clínica** (English Edition), 2016. Disponível em :
<http://doi.org/http://dx.doi.org/10.1016/j.medcle.2014.05.013>
32. MORAES, S. E. Habermas e a ação comunicativa na escola. In: MACHADO, N. J.; CUNHA, M. O (orgs.) . **Linguagem, conhecimento, ação: ensaios de epistemologia e didática**. 2. Ed.; São Paulo: Escrituras, 2003.
33. NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.
34. OLIVEIRA, V. L. B.; LANDINI, F. L. P.; COLLARES, P. M.; *et al.* Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. **Texto, Contexto Enfermagem**, v. 16, n. 2: 287-93, 2007.
35. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Comunicação eficaz com a mídia durante emergências de saúde pública**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.
36. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Guia de comunicação social e Comunicação de risco em saúde animal**. Rio de Janeiro: PANAFTOSA-OPAS/OMS, 2007.
37. PAIM, J. S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (org.). **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012.
38. PARREIRA, C.; SOUSA, M. F. As ações de informação, educação e comunicação em saúde: das práticas populares ao uso de novas tecnologias. In: MENDOÇA, A. V. M.; SOUSA, M. F.; PARREIRA, C. (orgs.). **Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade**. Brasília: Ed. Departº de Ciência da Informação e Documentação, 2008.
39. PESSANHA, J. E. M.; CAIAFFA, W. T.; CÉSAR, C. C.; *et al.* Avaliação do Plano Nacional de Controle da Dengue. **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 7, 2009. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000700024&lang=pt> Acesso em: 27 out. 2016.
40. REESE-SCHAFER, W. **Compreender Habermas**. Petrópolis: Vozes, 2008.
41. RENAULT, P.; SOLET, J.-L.; SISSOKO, D.; *et al.* A major epidemic of chikungunya virus infection on Reunion Island, France, 2005-2006. **The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene**, 77(4), 727-731, 2007.
42. ROESE, A.; GERHARDT, T. E.; SOUZA, A. C.; *et al.* Diário de campo: construção e utilização em pesquisas científicas. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 5, n. 3, 2006.
43. SAMPAIO, C. A.; SANTOS, J. F. F. Q. Comportamento popular quanto à proliferação do Aedes Aegypti em Montes Claros, MG. Uma abordagem etnográfica. **Est. de Sociologia**, v. 12, n. 23, 2007. Disponível em: <http://seer.fclar.unesp.br/estudos/article/view/503/391> Acesso em: 05 out. 2017.
44. SANTOS, S. L.; CABRAL, A. C. S. P.; AUGUSTO, L. G. S. Conhecimento, atitude e prática sobre dengue, seu vetor e ações de controle em uma comunidade urbana do Nordeste. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 16, suppl 1, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v16s1/a66v16s1.pdf> Acesso em 05 out. 2017.
45. SANTOS, Susan. Developing a risk communication strategy. **Journal Awwa**, [s.l.], v. 11, n. 82, p.45-49, 1990. Disponível em:
<<http://www.jstor.org/stable/41293073>>. Acesso em: 20 out. 2016.

46. SCHIAVO, R. **Health communication: from theory to practice**. 1. Ed, São Francisco: Jossey-Bass; 2007.
47. SOUSA, M. F. A reconstrução da saúde da família no Brasil: diversidade e incompletude. In: SOUSA, M. F.; FRANCO, M. S.; MENDONÇA, A. V. M. **Saúde da família nos municípios brasileiros: os reflexos dos 20 anos no espelho do futuro**. Campinas: Saberes, 2014.
48. STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
49. TAUIL, P. L. Aspectos críticos do controle do dengue no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**; v. 18, n. 3: 867-71, 2002.
50. TAUIL, P. L. Urbanização e ecologia do dengue. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, suppl: 99-102, 2001.
51. TEIXEIRA, J. A. C. Comunicação e cuidados de saúde. Desafios para a psicologia da saúde. **Análise Psicológica**, 14 (1), 135-139, 1996
52. VIANA, D. V.; IGNOTTI, E. A ocorrência da dengue e variações meteorológicas no Brasil: revisão sistemática. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 16, n. 2, pg. 240-256, 2013.
53. WHO. **Dengue and severe dengue: fact sheet**. [Online], 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/> Acesso em 27 out. 2016.
54. WHO. **WHO | Dengue and severe dengue**. [Online]; 2015. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs117/en/>
55. WHO. **WHO statement on the first meeting of the International Health Regulations (2005) (IHR 2005) Emergency Committee on Zika virus and observed increase in neurological disorders and neonatal malformations**. [Online] 2016. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2016/1st-emergency-committee-zika/en/>
56. WOLTON, D. **Informar não é Comunicar**. Porto Alegre: Sulina, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A: Instrumento de Pesquisa

COMUNICAÇÃO DE RISCO E AS ARBOVIROSES: DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA

ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA PROFISSIONAIS DE SAÚDE DAS UBSF

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 à Endemias (ACE) incluso no território da UBSF

Critérios de Exclusão:

- ✓ Unidades Básicas de Saúde no modelo tradicional de atenção básica.

Duração prevista: 20 minutos

Nome da Unidade:

Data:

Município:

Profissional: () ACS () ACE

Idade:

Tempo de Trabalho na UBS:

Já trabalhou em outra UBS? Há quanto tempo?

Escolaridade/Formação:

Já participou de capacitação sobre Dengue, Zika ou Chikungunya? (Onde? Quando?)

Já participou de capacitação sobre comunicação em saúde? (Onde? Quando?)

Contextualização: Pedir ao profissional que conte brevemente sua rotina de trabalho na UBS e logo após conte sobre um dia de trabalho no combate à 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?

2. Com relação a dengue, zika e chikungunya, como você entende a importância do seu trabalho junto à comunidade?
3. Qual a importância do contato com a comunidade na sua prática profissional? (O que você aprende com a comunidade sobre práticas de combate?)
4. Como você considera que tem sido a mobilização dos moradores da comunidade no combate dos mosquitos?
5. Na sua opinião, quais são os principais problemas e dificuldades enfrentadas pelos moradores no combate aos mosquitos?
6. O que você entende por situação de risco para Dengue, Zika e Chikungunya?
7. Quais são as principais situações de risco para a Dengue, Zika e Chikungunya que você já encontrou nas casas?
8. Na sua opinião, quais são as melhores maneiras de explicar/informar/comunicar situações de risco para Dengue, Zika e Chikungunya para a comunidade?
9. De que maneiras as UBS e os profissionais têm explicado, informado e comunicado a população sobre a prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya?
10. Como você acha que população do seu território fica sabendo dos perigos à saúde relacionados a Dengue, Zika e Chikungunya?
11. Qual é a maneira que você considera ideal para prevenção da Dengue, Zika e Chikungunya?
12. Você já viu algum desses cartazes sobre dengue, zika e chikungunya? (Mostrar os cartazes das campanhas selecionadas). Você conhece estes cartazes? Você já trabalhou com esse material na UBS ou na comunidade? Como? Você percebe diferenças no conteúdo dos cartazes? Quais você considera que chamam mais atenção ou são mais eficientes para mobilizar os moradores?
13. Nos fale um pouco quais as suas impressões sobre os efeitos e os problemas relacionados à aplicação de larvicidas e inseticidas, tanto a aplicação conduzida por ACE e ACS nos domicílios, quanto o "fumacê" lançado por carros pelas ruas.
14. Como você acha que tem sido o trabalho das autoridades no controle ambiental dos mosquitos em sua região? O que você sugeriria às autoridades para melhorar este controle?
15. Existe algo que eu não perguntei e o Sr.(a). considera importante destacar ou comentar sobre dengue, zika e chikungunya?

APÊNDICE B: Artigo Científico Submetido a periódico indexado

O QUE PENSAM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) DE JOÃO PESSOA/PB SOBRE OS CARTAZES DE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA VEICULADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013-2017)?

WHAT DO COMMUNITY HEALTH AGENTS AND COMBATING ENDEMIC AGENTS OF JOÃO PESSOA / PB ENDESEES (ACE) THINK ABOUT THE DENGUE, ZIKA AND CHIKUNGUNYA POSTERS PAID BY THE MINISTRY OF HEALTH (2013-2017)?

¿QUÉ PENSAN LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD (ACS) Y AGENTES DE COMBATE A LAS ENDEMIAS (ACE) DE JOÃO PESSOA/PB SOBRE LOS CARTELES DE DENGUE, ZIKA Y CHIKUNGUNYA VEICULADOS POR EL MINISTERIO DE LA SALUD (2013-2017)?

Priscila Torres de Brito⁸

Natália Fernandes de Andrade⁹

Elizabeth Alves de Jesus Prado¹⁰

Alana Dantas Barros¹¹

Ana Valéria Machado Mendonça¹²

⁸ Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB. Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia/UnB.

⁹ Mestranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB. Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia/UnB.

¹⁰ Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB. Bacharel em Saúde Coletiva pela Faculdade de Ceilândia/UnB

¹¹ Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB. Bacharel em Fonoaudiologia pela Universidade Federal de Sergipe UFS.

¹² Doutora em Ciência da Informação (UnB). Professora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB.

Resumo:A dengue, zika e chikungunya são arboviroses recorrentes no contexto urbano brasileiro. O ano de 2016 foi epidêmico para as três doenças. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e Agentes de Combate às Endemias (ACE) exercem papel fundamental para prevenção e controle destas doenças, a comunicação em saúde faz parte do trabalho destes profissionais subsidia a tomada de decisão da comunidade. A pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos Agentes Comunitários de Saúde(ACS) e Agentes de Combate às Endemias(ACE) sobre os cartazes veiculados pelo Ministério da Saúde em relação às arboviroses pesquisadas. A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa/PB, os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevistas semiestruturadas, a pergunta norteadora sobre os cartazes selecionados foi analisada por meio do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Entre os sete Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e quatro Agentes de Combate às Endemias (ACE) entrevistados foram identificadas cinquenta expressões-chave, que foram distribuídas nas quatro ideias centrais, geradoras dos discursos-síntese:1) O trabalho informativo; 2) Adequação dos Conteúdos; 3) Dificuldades e 4) A comunicação e a mobilização. Este trabalho evidenciou uma breve avaliação dos ACS e ACE sobre uma amostra de cartazes sobre dengue, zika e chikungunya no município de João Pessoa/PB. Quanto ao trabalho dos agentes com os materiais impressos pode-se observar pontos positivos e negativos em relação a comunicação para a promoção da saúde por meio dos materiais apresentados.

Palavras-Chave:Comunicação, Cartaz, Agentes Comunitários de Saúde, Dengue, Zika vírus, Vírus Chikungunya

Abstract: Dengue, zika and chikungunya are recurrent arboviruses in the Brazilian urban context, the year 2016 was the epidemic year for the three diseases. Community Health Agents and Combating Endemics Agents play a key role in the prevention and control of these diseases, health communication is part of the work of these professionals subsidizes community decision-making. The objective of the research was to know the perception of the Community Health Agents and Combating Endemics Agents on the posters published by the Ministry of Health in relation to the arboviruses researched. The research was carried out in the municipality of João Pessoa / PB, qualitative data were obtained through semi-structured interviews, the guiding question about the selected posters was analyzed through the Collective Subject Discourse. Fifty key expressions were identified among interviews of seven Community Health Agents and four Combating Endemics

Agents, which were distributed in the four central ideas that generated the synthesis speeches: 1) The work informative; 2) Content Suitability; 3) Difficulties and 4) Communication and mobilization. This work evidenced a brief evaluation of ACS and ACE on a sample of posters about dengue, zika and chikungunya in the municipality of João Pessoa / PB. Regarding the work of the agents with the printed materials, one can observe positive and negative points in relation to communication for health promotion through the presented materials.

Key Words: Communication, Posters, Community Health Workers, Dengue, Zika virus, Chikungunya virus.

Resumen: El dengue, zika y chikungunya son arbovirosis recurrentes en el contexto urbano brasileño, el año 2016 fue el año epidémico para las tres enfermedades. Los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y los Agentes de Combate a las Endemias (ACE) desempeñan un papel fundamental para la prevención y control de estas enfermedades, la comunicación en salud forma parte del trabajo de estos profesionales subsidia la toma de decisión de la comunidad. La investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de los Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Agentes de Combate a las Endemias (ACE) sobre los carteles vehiculados por el Ministerio de Salud en relación a las arbovirosis investigadas. La investigación fue realizada en la ciudad de João Pessoa / PB, los datos cualitativos fueron obtenidos por medio de entrevistas semiestructuradas, la pregunta orientadora sobre los carteles seleccionados fue analizada por medio del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Entre los siete Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y cuatro Agentes de Combate a las Endemias (ACE) entrevistados se identificaron cincuenta expresiones clave, que se distribuyeron en las cuatro ideas centrales, generadoras de los discursos-síntesis: 1) El trabajo informativo; 2) Adecuación de los Contenidos; 3) Dificultades y 4) La comunicación y la movilización. Este trabajo evidenció una breve evaluación de los ACS y ACE sobre una muestra de carteles sobre dengue, zika y chikungunya en el municipio de João Pessoa / PB. En cuanto al trabajo de los agentes con los materiales impresos se pueden observar puntos positivos y negativos en relación a la comunicación para la promoción de la salud por medio de los materiales presentados.

Palabras Clave: Comunicación, Carteles, Agentes Comunitarios de Salud, Dengue, Virus Zika, Virus Chikungunya.

INTRODUÇÃO

As arboviroses apresentam crescimento acelerado nas cidades, o desenvolvimento econômico e mudanças no meio ambiente proporcionam maior impacto destas doenças no cenário urbano, favorecendo o aparecimento de novos vetores e hospedeiros, caracterizando uma situação de importante para a saúde pública^{1,2}.

Alguns determinantes ou fatores de risco para a ocorrência de surtos e epidemias destas doenças são: abastecimento de água, alterações climáticas, pluviosidade, temperatura, coleta de lixo, saneamento básico, circulação dos diferentes sorotipos¹.

Os arbovírus mais comuns no contexto brasileiro são o da dengue (DENV), o da zika (ZIKV) e da chikungunya (CHIKV), há ainda a emergência das epidemias de febre amarela e a possibilidade de disseminação de outros vírus importantes como oropouche e mayaro^{1,2}.

A dengue é uma doença de origem africana, uma das primeiras epidemias de que se tem registro no Brasil ocorreu em 1923, na cidade de Niterói, no Rio de Janeiro, no entanto acredita-se que a dengue provavelmente já existia no país durante o período colonial¹. São conhecidos quatro sorotipos diferentes da dengue (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4). A dengue pode se manifestar na forma clássica, os sintomas mais conhecidos são: cefaleia, diarreia e vômitos; ou pode ser hemorrágica, a forma mais grave da doença¹.

Segundo Luz, Santos e Vieira³ o vírus zika, possui três linhagens, duas africanas e uma asiática, há vários meios de transmissão, os principais: via sexual, transfusão sanguínea e neonatal. Os principais responsáveis pela transmissão são os mosquitos *Aedes albopictus* e o *Aedes aegypti*. Medidas sanitárias efetivas são recomendadas para o controle da proliferação destes vetores, especialmente nas regiões mais incidentes^{1,3}.

Fantinato et.al.⁴, descreveu os primeiros casos da infecção por zika no Brasil nos estados: Rio Grande do Norte, Paraíba, Maranhão, em 2015, apesar da ocorrência de vários casos, em 2014 de uma doença ainda não identificada, apenas em 2015 foi confirmado o primeiro caso de zika autóctone. O vírus pode ter chegado ao Brasil por meio da circulação de pessoas durante a copa do mundo de futebol de 2014. A Organização Pan-Americana de Saúde confirmou a transmissão do vírus zika em maio de 2015³.

As primeiras cepas do vírus (CHIKV) foram isoladas no continente Asiático nas décadas de 60 e 70, apenas em 2007 foi confirmado o primeiro caso autóctone, na Itália. A introdução do vírus ocorreu através do fluxo de pessoas. Durante os surtos e epidemias

o ser humano é considerado o principal reservatório. Os vetores, *Aedes Aegypti* e *Aedes Albopictus* adquirem o vírus ao se alimentar de um hospedeiro contaminado assim, se torna capaz de transmitir o vírus. A doença possui a fase aguda e crônica, é conhecida pela expressão “aqueles que se dobram”, diante dos sintomas que apresenta⁵.

Segundo o boletim epidemiológico nº 32 de 2018⁶, o número de casos prováveis de dengue no Brasil entre 2016 e 2017 sofreu redução. No ano de 2016, foram notificados 1.483.623 casos prováveis, no ano seguinte, 2017, foram registrados 251.711 casos prováveis. Até a semana epidemiológica nº 25 de 2018 período compreendido entre (31/12/2017 a 23/06/2018) ocorreram 171.582 casos⁶.

Em relação a febre chikungunya também houve redução do número de casos entre 2016 e 2017, com 277.882 registros no ano de 2016 e 185.854 no ano de 2017. Em 2018 os dados disponíveis até a semana epidemiológica nº 25 apontam a ocorrência de 53.089 casos prováveis. A infecção pelo zika vírus segue as mesmas tendências apresentadas, no ano de 2016 foram notificados 216.207 casos prováveis, em 2017, 17.594 casos. Os dados até a semana epidemiológica nº 25 de 2018 marcam 5.401 casos prováveis no Brasil⁶.

Os dados demonstram que o ano de 2016 foi o ano epidêmico para as três doenças. As regiões brasileiras que concentraram as maiores taxas de incidência até o primeiro semestre de 2018 foram: Centro-Oeste e Nordeste para os casos de dengue e sudeste para os casos de febre chikungunya e zika vírus⁶.

A relação entre comunicação e saúde, se deu antes da criação do Sistema Único de Saúde, dois campos transdisciplinares, que inicialmente trabalharam as propagandas e campanhas sanitárias, visando a mudança de estilos de vida, esta foi a abordagem mais tradicional durante o século XX, por meio da coerção procurava-se modificar a realidade sanitária no Brasil⁷.

A Comunicação em Saúde trata de uma abordagem transversal entre comunicação e saúde. Trata-se do estudo e formulação de estratégias para informar e subsidiar decisões individuais e coletivas, bem como da gestão. Serve tanto à divulgação científica, ao ensino, pesquisa e análise de saúde, quanto à publicidade, fatos, saberes, experiências e conhecimentos⁸.

Além do que, o ato de comunicar demanda uma compreensão sobre os sujeitos e seu contexto cultural e cotidiano para que as estratégias previstas encontrem um ambiente viável à sua promoção⁹.

A comunicação em saúde é um processo transacional, fundamental às atividades de promoção da saúde, o modelo tradicional compreende que um emissor envia uma mensagem a um receptor, uma via unidirecional. No modelo de comunicação em saúde efetivo presume-se que além destas etapas o entendimento da mensagem e o retorno do receptor, uma via bidirecional. Geralmente este modelo é praticado por um profissional de saúde, o emissor e o público-alvo, os usuários dos serviços de saúde. As mensagens podem ser diversas, neste âmbito é preciso ainda considerar a linguagem, os conteúdos das campanhas e os determinantes envolvidos nas práticas de saúde da população¹⁰.

A Política Nacional de Atenção Básica de 2017¹¹, discorre sobre os princípios, diretrizes, os programas e a organização dos serviços de saúde na atenção básica, é o documento estruturante para as principais ações neste nível. Estabelece fluxos e processos de trabalho, assim confere atribuições a prática profissional. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE), exercem papel primordial dentro das Equipes de Saúde da Família.

Esta política prevê que os ACS e os ACE devem estar inclusos nas Equipes de Saúde do município, na ausência de equipes devem ser vinculados a outros serviços, ao programa de agentes comunitários de saúde e à vigilância em saúde, respectivamente.

Esses profissionais compartilham de atribuições comuns e específicas no exercício de suas funções. Em relação as atividades de informação e comunicação em saúde para a prevenção das arboviroses destacam-se as seguintes atribuições para os ACS e ACE:

Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos; **identificar e registrar** situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais; **orientar a comunidade** sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva; **informar e mobilizar** a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores¹¹. (p. 25-26)

As atribuições específicas e exclusivas dos ACE, para a prevenção e controle das arboviroses são:

Executar ações de campo para pesquisa entomológica, malacológica ou coleta de reservatórios de doenças; executar ações de controle de doenças utilizando

as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental e outras ações de manejo integrado de vetores¹¹. (p. 27)

Diante do exposto, esta pesquisa considera estes profissionais como atores fundamentais para a promoção da comunicação em saúde na atenção básica. Este trabalho tem como objetivo conhecer a percepção dos ACS e ACE sobre os cartazes apresentados em relação às arboviroses pesquisadas.

METODOLOGIA

Com o objetivo de conhecer a opinião e como se expressam os ACS e ACE a respeito dos cartazes, materiais institucionais do Ministério da Saúde foi realizada pesquisa qualitativa descritiva, cuja coleta dos dados aconteceu no município de João Pessoa, no estado da Paraíba no período entre 23 e 27 de abril de 2018.

Para a escolha do município foram considerados os dados do Levantamento Rápido de Índices para *Aedes aegypti* (LIRAA) nos anos 2016 e 2017, onde o município é classificado como satisfatório, por isso optou-se por investigar as ações realizadas, também foi considerado adesão do município ao Programa de Saúde na Escola (PSE), o porte populacional, localização e facilidade de deslocamento na região nordeste.

No município foram entrevistados sete ACS e quatro ACE, totalizando onze participantes da pesquisa. A média de idade dos participantes foi de 45 anos, todos já haviam realizado capacitação sobre as doenças estudadas e a respeito da comunicação em saúde não havia conhecimento prévio.

A técnica de coleta de dados utilizada foi a entrevista semiestruturada, com roteiro de perguntas pré-estabelecidas¹². Durante a entrevista foram introduzidos à conversa os cartazes impressos do ministério da saúde, o material foi identificado por ano correspondente a campanha veiculada pela instituição.

A pergunta introdutória, norteadora deste estudo durante a entrevista foi: “Você já viu algum desses cartazes sobre dengue, zika e chikungunya? (Neste momento os cartazes foram entregues para que os entrevistados observassem os conteúdos e emitissem a sua opinião.). Algumas questões foram levantadas de modo aberto: Você conhece estes cartazes? Você já trabalhou com esse material na UBS ou na comunidade? Como? Você percebe diferenças no conteúdo dos cartazes? Quais você considera que chamam mais atenção ou são mais eficientes para mobilizar os moradores?”

Todos os cartazes apresentados aos entrevistados são conteúdo da página virtual do Ministério da Saúde, de acesso livre e gratuito, disponíveis em: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas/>¹³. O critério de escolha dos cartazes para este estudo contempla as campanhas disponíveis sobre as doenças dengue, zika e chikungunya de todos os anos com acesso disponível, logo o recorte temporal foi de 2013 a 2017. Foram escolhidas aleatoriamente no mínimo 1 e no máximo 2 cartazes por ano disponível

da campanha geral, de modo que todos os anos fossem representados por no mínimo um cartaz.

Figura 1 - Cartazes selecionados



2017



2017



2016



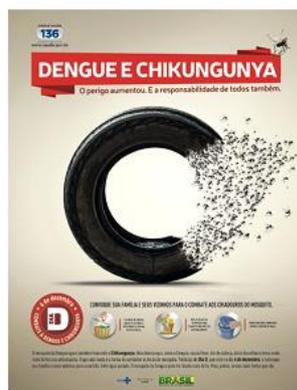
2016



2015



2013



2014



2014

Os agentes entrevistados participaram individualmente, a duração prevista foi de vinte minutos, para a execução de todo o roteiro de entrevista, as respostas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas.

A técnica de análise de dados utilizada foi análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre no âmbito das ciências sociais e da pesquisa qualitativa¹⁴. O DSC permite reunir e sintetizar o pensamento e as expressões discursivas a respeito de determinado fenômeno social, assim é possível conhecer as representações sociais da coletividade. A proposta é agrupar os dados verbais discursivos obtidos em meios diversos como entrevistas e jornais, por exemplo¹⁴.

As falas constituem a “matéria-prima” para a composição de um pensamento representativo da amostra de indivíduos pesquisados. Lefèvre e Lefèvre ressalta no processo de investigação a diferença entre pensar sobre determinado assunto e professar o que realmente pensa. Para captar o que o sujeito de fato professa sobre o tema estudado é preciso entrevistá-lo em um contexto de perguntas abertas, de maneira que os cartazes físicos apresentados são estímulos visuais que possibilitam a livre expressão da opinião dos agentes, e as perguntas subsequentes são semiestruturadas com o objetivo de demonstrar o real pensamento¹⁴.

O pensamento coletivo ou a “soma de pensamentos” descrita por Lefèvre e Lefèvre¹⁴ considera que no material verbal há componentes fundamentais contidos nos discursos que são as Ideias Centrais (IC) e as Ancoragens (AC) representadas pelas Expressões-Chave (ECH). A semelhança ou a regularidade de temas e discursos destes componentes da fala geram o discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular, produto desta técnica de análise.

As Ideias Centrais (IC) são a descrição do que se fala no discurso, fornecem sentido temático a cada conjunto de Expressões-Chave (ECH). As Expressões-Chave (ECH), por sua vez representam o discurso literal do sujeito que fala. São os trechos que respondem ou fazem menção a pergunta de pesquisa. As Ancoragens (AC) representam as expressões do discurso que revelam de forma explícita crenças, teorias ou ideologias de pensamento dos sujeitos¹⁴.

Para a análise dos dados não serão consideradas as Expressões-Chave (ECH) das Ancoragens (AC) dos discursos, supondo que há contextos e subjetividades individuais que influenciam as falas, há a possibilidade de julgamentos ou inferências arbitrárias para

os resultados do discurso-síntese. Serão considerados como resultados apenas as Ideias Centrais (IC) e as Expressões-Chave (ECH) dos discursos¹⁴.

Para a construção do discurso-síntese é necessário reunir e organizar o material de pesquisa. Após a organização do material é preciso analisar a questão de pesquisa, separando os elementos das falas em Expressões-Chave (ECH) nos textos. O próximo passo consiste em identificar as Ideias Centrais (IC) e descrevê-las. Após esta etapa deve-se reunir os trechos com sentidos equivalentes ou semelhantes para a redação do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)¹⁴.

O texto deve ser claro, ter coesão e coerência, ter sequência lógica textual com início, meio e fim. As questões relevantes das falas devem ser escritas abordando o tema de forma mais geral para mais específica, também é preciso eliminar as repetições e evitar a particularidade dos fatos¹⁴.

A partir da análise do Discurso do Sujeito Coletivo foram produzidos quatro discursos-síntese, que representam as Ideias Centrais (IC), que emergiram a partir da pergunta norteadora. As Ideias Centrais (IC) discutidas são: 1) O trabalho informativo; 2) Adequação dos Conteúdos; 3) Dificuldades e 4) A comunicação e a mobilização.

Todos os procedimentos éticos foram realizados e os participantes que concederam as entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando o sigilo da gravação e dos dados obtidos. O local de realização das entrevistas foi a Unidade Básica de Saúde (UBS) referência de cada agente. O projeto de pesquisa e o roteiro para a entrevista semiestruturada foram aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP-FS/UnB) sob parecer de número: 2.608.178.

Esta pesquisa é parte do projeto “ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya”, no âmbito do componente nº 3, que trabalha a educação, comunicação e informação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir das falas das entrevistas dos onze entrevistados foram identificadas cinquenta expressões-chave, que foram distribuídas nas quatro ideias centrais, geradoras dos discursos-síntese apresentados a seguir:

O Discurso do Sujeito Coletivo

1. O trabalho Informativo: Há o destaque para papel de orientar e informar a comunidade no dia-a-dia para a prevenção e controle das doenças, os materiais físicos contribuem e auxiliam o trabalho do agente.

As campanhas são boas, eu sempre informo e, para tentar eliminar a dengue, zika e chikungunya, tem que ter a ajuda da população, cada um ciente, não deixando acumular água, o objetivo é sempre eliminar.

Eu acho muito importante. Porque com essa divulgação as pessoas vão cada vez mais se conscientizando. É muito importante falar sobre isso diariamente porque às vezes a vida da gente é tão corrida e as pessoas não ligam muito para o Aedes aegypti.

As ações que eu faço aqui, acontecem principalmente através de panfletos que eu divulgo, entregar os informativos nas residências tem ajudado muito. Na visita domiciliar, faço as ações de prevenção, orientação, falando com o pessoal, entrego panfleto e aqui na unidade é reforçado ainda mais com as palestras.

Às vezes passo numa padaria, peço para o dono “cola, isso aqui é importante”, nas escolas levo uns cartazes, tem uma apostila que é bem didática, um encartezinho bem didático. Agora não é só colocar em determinado local e deixar ali, eu acredito que você tem que provocar mesmo os usuários, sempre apontar, mostrar, sempre tem aquele pavorzinho que eu faço para dar um medinho neles, dizer que morre mesmo, que mata mesmo, para poder funcionar.

Quanto mais campanha melhor, eu acho que poderia ter mais, me ajuda demais no meu trabalho. Mais informações, mais divulgação, essa história de dizer “ah, eu já sei, já foi dito”, nunca foi dito o suficiente. Eu acho que tem mais é que investir. Nunca é demais.

O trabalho de orientação e informação referido pelos agentes de saúde exemplifica os conceitos trabalhados por Wolton¹⁵, que afirma que informar não é comunicar. A

comunicação pressupõe uma relação complexa com o interlocutor, vai além a informação. A informação ligada apenas as mensagens soltas gera a incomunicação.

O relato de trabalho diário destes profissionais revela a estratégias de uso da informação, promovendo o compartilhamento e a negociação com a população para que superem as barreiras de apenas “entregar” ou “divulgar” as campanhas impressas¹⁵.

2. Adequação dos conteúdos: O conteúdo dos cartazes foi avaliado de forma positiva, os entrevistados consideraram as mensagens escritas e os recursos visuais adequados, pertinentes e capazes de promover o acesso de todos a informação

A mídia deve ser mais explicativa, eu acredito que deveriam investir nas propagandas mais precisas, sei que tem pessoas que absorvem melhor, mas imagine uma pessoa que não tem o conhecimento da leitura, então se você faz de uma forma mais precisa eles vão absorver, eles vão entender. É a mesma coisa de conversar com um surdo, um portador de deficiência seja visual ou auditivo.

Eu acho que a comunicação em si, deve acontecer um modo mais claro para eles. Não tão científico. Porque às vezes a propaganda fala de um modo muito científico e eles não entendem, aí eles tiram dúvida comigo, até mesmo as crianças que ainda não sabem ler, eu posso orientar pelos desenhos, eles vão identificar. Os idosos que também não sabem ler, mas pelo desenho eles vão identificar "olha como é que se faz".

Quanto aos temas são muito impactantes, realmente: “Se o mosquito da dengue pode matar, ele não pode nascer”, “dengue e chikungunya: o perigo aumentou e a responsabilidade de todos também”. Então a responsabilidade não é só dos agentes, é de todos!

A revisão sistemática realizada por Freitas e Filho¹⁶ evidenciou que na visão dos profissionais de saúde e produtores das campanhas, os conteúdos geralmente são concebidos através de um julgamento prévio sobre a escolaridade dos usuários. Presume-se que os receptores dos materiais não possuem o nível de esclarecimento suficiente para compreender determinadas situações. De acordo com estes pressupostos sobre a escolaridade da população a abordagem predominante passa a ser reducionista e limitada, logo a comunicação volta a ser unidirecional, não efetiva.

Além disso os demais profissionais de saúde de nível superior tendem a se distanciar dos conteúdos apresentados, não se colocando na posição de receptor do material veiculado para o trabalho com a comunidade¹⁷.

Os relatos dos agentes não evidenciam este comportamento de exclusão, pelo contrário se colocam como parte da situação a ser solucionada junto com a comunidade, quando afirmam que a responsabilidade é de todos. Em relação a população mencionada no discurso fica evidente as dificuldades encontradas pelos agentes de saúde para realizar comunicação diante de algumas situações específicas ou limitações que a população do território apresenta.

Assim, os cartazes com a exposição “impactante” e mais precisa possível facilitam o diálogo no território, são materiais que fazem parte da estratégia de persuasão e convencimento¹⁷.

Oliveira¹⁷ ressalta que é preciso considerar o que o outro já sabe ou vivenciou sobre as situações expostas nas campanhas, assim, o receptor é capaz de construir e atribuir valores aos sentidos das mensagens, obtendo maior grau de compreensão e estímulo para a mudança dos hábitos sugeridos nos cartazes.

3. Dificuldades: Os agentes apresentaram dificuldades para a realização do trabalho de informação e orientação com o material de comunicação, apontam a escassez de informativos/cartazes e material em geral como as principais queixas.

Na minha opinião essas campanhas poderiam ser melhores, poderiam investir mais, não no cartaz, mas na atividade do profissional. Isso aqui o povo já sabe, porque eu aviso, entro nas casas, eu sei que isso aqui o pessoal já conhece. Na verdade, quando vêm essas campanhas eu trabalho, mas os informativos não vêm completos. Sempre falta material, falta diversos produtos para ser feito o trabalho, há uma certa deficiência em materiais.

Preciso de tudo, não tenho um material digno, não tenho nada, tiro xerox do próprio bolso, às vezes, para fazer panfleto. Tinha uns panfletinhos aqui, poucos, tive acesso, só não pude entregar para a comunidade, porque eram poucos mesmo, era para a informação interna, não tinha o suficiente. Quanto a informação queria ter mais material para divulgar. Não deixe faltar os materiais para fazer o trabalho.

Souza et al¹⁸. Descreveu a experiência de ACEs com as arboviroses, os resultados são semelhantes aos achados e descrevem as condições gerais de trabalho destes profissionais. Se sentem desvalorizados, insatisfeitos e pouco capacitados, apesar de considerarem as ações e educação em saúde de extrema importância, ainda é necessário “improvisar” para cumprir com o trabalho na comunidade, as questões salariais e trabalhistas também foram mencionadas como uma insatisfação do trabalhador.

Pode-se observar no contexto geral das entrevistas realizadas nesta pesquisa que tanto os ACE como os ACS apresentam reivindicações semelhantes. Durante as entrevistas foram mencionados vários aspectos que dificultam o trabalho de modo geral. Quanto a identificação como profissional faltam uniformes, crachás e bolsas. Em relação aos produtos utilizados no dia-a-dia falta protetor solar, materiais básicos para as visitas domiciliares, incluindo o material informativo, mencionado no discurso. As questões trabalhistas são recorrentes nas falas durante as demais perguntas da entrevista.

Apesar das queixas mencionadas, observou-se que os ACS e ACE trabalham de modo complementar, respeitando suas atribuições específicas, e praticando uma comunicação interna com as equipes e entre si.

4. A comunicação e a mobilização: Os cartazes foram apontados como elementos fundamentais para a comunicação com os moradores, no entanto não são suficientes para mobilizar a comunidade quanto as atitudes para a prevenção e controle das doenças.

Na verdade, o povo já sabe porque eu aviso, mas sempre cai no esquecimento, a pessoa relaxa. Naquele momento de foco, de susto, de medo, todo mundo cuida demais, aí quando passa aquilo ali, o pessoal esquece, relaxa. Só tomam de conta quando são acometidos pela doença. O pessoal está vendo na televisão, mas amanhã esquece.

A questão visual é bem interessante, agora, colocar ali num ambiente em que você não esteja provocando a população não funciona muito não. É muito bom, mas não é a realidade de você mostrar, não é apenas dizer “mantenha a lixeira fechada” é educação permanente. Entrego esses panfletos, mas quando a gente vê, a gente vê tudo no chão, às vezes ninguém lê.

Então para mim realmente ajuda, mas não resolve, nos bairros mais de classe média, alta, eles não ligam muito para isso não, já a população de classe média baixa se importa mais com as campanhas. É preciso persistir.

As teorias desenvolvidas em comunicação para a promoção e educação em saúde ajudam, em parte, a explicar alguns comportamentos das comunidades em relação a tomada de decisões em saúde. Corcoran¹⁰, apresenta algumas teorias que podem ser utilizadas como subsídio a compreensão das práticas em saúde. Com relação a mobilização dos moradores na prevenção e controle da dengue, zika e chikungunya o modelo que apresenta relação com discurso dos agentes de saúde é o Transteórico ou modelo de estágios de mudança.

Para o profissional de saúde o modelo se apresenta de forma simples, é útil à compreensão do nível de interesse ou mobilização que o morador está disposto a praticar conforme as informações disponíveis e a comunicação previamente realizada¹⁶.

O modelo é cíclico, apresenta etapas, na qual o sujeito pode iniciar a mudança, ou pode se movimentar entre elas, podendo até mesmo voltar ao estágio inicial. O ciclo se dá através das fases de: Pré-contemplação, Contemplação, Preparação, Ação, Manutenção e Recaída. Estas fases vão desde o momento em que o indivíduo não está preparado ou disposto a mudar comportamentos e hábitos até a completa mudança, logo após pode acontecer a recaída e o indivíduo voltar a praticar os mesmos comportamentos considerados inadequados¹⁰.

Wolton¹⁵, ao descreve o papel do receptor na comunicação em saúde e denomina o atual receptor da comunicação como o “receptor-ator”, que assume uma postura ativa diante do que é apresentado como orientação em saúde. Este receptor é capaz de filtrar, hierarquizar, recusar ou negociar o mais cômodo ou o mais viável de acordo com a sua realidade. Afirma ainda que quanto maior o grau de instrução do público, maior o nível de crítica, recusa e negociação.

Este fato pode explicar um dos fatores comportamentais da população dos bairros de classe alta, supondo, que possuem maior escolaridade e poder aquisitivo resistem mais ao trabalho dos agentes de saúde em relação a população de classe baixa, como referido no discurso.

O estudo de Oliveira et al¹⁷. Demonstrou, na opinião do profissional de saúde, que fatores cognitivos, culturais, educacionais e econômicos foram dificultadores para a compreensão das mensagens veiculadas em um cartaz do Ministério da Saúde.

Freitas e Filho¹⁶ concluíram que os materiais impressos produzidos têm um alcance limitado e frágil, pois os conteúdos não têm origem na população, são informações científicas adaptadas e traduzidas para termos populares. Sugere-se que a população participe da construção das campanhas e saúde e que haja um processo de avaliação antes e após a veiculação.

Ainda segundo Wolton¹⁵, o processo comunicativo leva tempo, envolve relacionamento entre o emissor e o receptor, a partir disto ocorre o compartilhamento e o vínculo, fundamental a adoção de práticas de promoção da saúde e prevenção de doenças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados demonstram dificuldades de várias naturezas enfrentadas pelos agentes de saúde entre elas precarização do trabalho e a escassez de materiais. Neste sentido devem ser revistos os processos de trabalho e a questão de insumos básicos no âmbito das secretarias de saúde, a fim de nortear e dar suporte as atividades e práticas de prevenção, promoção da saúde e controle de doenças realizadas na comunidade.

Ressalta-se o esforço e o comprometimento destes profissionais com o próprio trabalho e com relação a prática constante da comunicação em saúde, pois privilegiam um modelo bidirecional, considerado o ideal, mais efetivo.

Este trabalho evidenciou uma breve avaliação dos ACS e ACE sobre uma amostra de cartazes sobre dengue, zika e chikungunya no município de João Pessoa/PB. Quanto ao trabalho dos agentes com os materiais impressos pode-se observar pontos positivos e negativos em relação a comunicação para a promoção da saúde por meio dos materiais apresentados.

Devido à escassez de materiais relatada deve ser feita a avaliação sobre o acesso físico, a distribuição dos cartazes estudados ao longo do tempo. O estudo ainda revelou as dificuldades as vivenciadas na profissão. Esta pesquisa limitou-se ao universo dos profissionais, recomenda-se que seja estudada a percepção dos usuários dos serviços de saúde a respeito desta temática.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Silva LJd, Angerami RN. *Viroses Emergentes no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008. 136 p.
2. Donalisio MR, Freitas ARR, Zuben APBV. Arboviruses emerging in Brazil: challenges for clinic and implications for public health. *Rev. Saúde Pública* [Internet]. 2017;51:30. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102017000100606&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006889>.
3. Luz K.G., Santos GIVd, Vieira RdM. Febre pelo vírus Zika. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2015; 24(4):785-788. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222015000400785&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742015000400021>.
4. Fantinato F, Fontana ST, Araújo ELL, Ribeiro IG, Andrade MRd, Dantas ALdM, Rios JMT et al. Descrição dos primeiros casos de febre pelo vírus Zika investigados em municípios da região Nordeste do Brasil, 2015. *Epidemiol. Serv. Saúde* [Internet]. 2016; 25(4):683-690. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2237-96222016000400683&lng=en. Epub Sep 26, 2016. <http://dx.doi.org/10.5123/s1679-49742016000400002>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. *Preparação e Resposta à Introdução do Vírus Chikungunya no Brasil* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2014. 100 p. Disponível no endereço: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/preparacao_resposta_virus_chikungunya_brasil.pdf
6. Brasil. Ministério da Saúde. *Monitoramento dos casos de dengue, febre de chikungunya e doença aguda pelo vírus Zika até a Semana Epidemiológica 25 de 2018* [internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2018. 14p. Disponível no endereço: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/12/Monitoramento-dos-casos-ate-a-Semana-Epidemiologica-25-de-2018.pdf>
7. Cardoso JM. Práticas e modelos de comunicação na saúde: alguns elementos para pensar uma política de comunicação para a vigilância sanitária. In:Costa EA, Rangel ML (Org.). *Comunicação em vigilância sanitária: princípios e diretrizes para uma política*. Salvador: Edufba, 2007. 180 p.

8. Teixeira JAC. Comunicação e cuidados de saúde: Desafios para a psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 1996, 135-139p. Disponível no endereço: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3541/1/AP_1996_1_135.pdf
9. Freire P. *Pedagogia da Autonomia: Saberes necessários à prática educativa* [internet]. 25. ed. São Paulo: Paz e Terra; 2002. 54 p. Disponível no endereço: <http://forumeja.org.br/files/Autonomia.pdf>
10. Corcoran N. (org.) *Comunicação em Saúde: estratégias para a comunicação em saúde*. [tradução de Livia Lopes]. São Paulo: Roca, 2010.
11. Brasil. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível no endereço: <http://www.foa.unesp.br/home/pos/ppgops/portaria-n-2436.pdf>
12. Cruz Neto O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: Minayo MCdS (org.). **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. Cap. 3. p. 51-66.
13. Ministério da Saúde. Comunicação e Imprensa. Campanhas Vigentes. Disponível no endereço: <http://portalms.saude.gov.br/campanhas/>
14. Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso o sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). 2. Ed. Caxias do Sul, RS: Educs, 2005, 256 p.
15. Wolton D. *Informar não é comunicar*. [tradução de Juremir Machado Silva]. Porto Alegre. Sulina, 2010. 96p.
16. Freitas FVd, Rezende Filho LA. Modelos de comunicação e uso de impressos na educação em saúde: uma pesquisa bibliográfica. *Interface (Botucatu)* [Internet]. 2011; 15(36):243-256. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000100019&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010005000044>.
17. Oliveira VLB, Landim FLP, Collares PM, Mesquita RBd, Santos ZMdSA. Modelo explicativo popular e profissional das mensagens de cartazes utilizados nas campanhas de saúde. *Texto contexto - enferm.* [Internet]. 2007; 16(2):287-293. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200011&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072007000200011>
18. Souza KR, Santos MLR, Guimarães ICS, Ribeiro GdS, Silva LK. Saberes e práticas sobre controle do *Aedes aegypti* por diferentes sujeitos sociais na cidade de

Salvador, Bahia, Brasil. Cad. Saúde Pública [Internet]. 2018; 34(5): e00078017. Disponível no endereço: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2018000505015&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00078017>.

[RESUMO](#) [AVALIAÇÃO](#) [EDIÇÃO](#)

SUBMISSÃO

Autores	Priscila Torres Brito
Título	O QUE PENSAM OS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (ACS) E AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS (ACE) DE JOÃO PESSOA/PB SOBRE OS CARTAZES DE DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA VEICULADOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE (2013-2017)?
Documento original	2520-8003-1-SM.DOCX 2018-07-17
Docs. sup.	2520-8004-1-SR.PDF 2018-07-17 INCLUIR DOCUMENTO SUPLEMENTAR
Submetido por	PRISCILA Priscila Torres Brito 
Data de submissão	julho 17, 2018 - 11:28
Seção	ARTIGOS ORIGINAIS
Editor	Ana Valéria Mendonça 

SITUAÇÃO

Situação	Em avaliação
Iniciado	2018-07-17
Última alteração	2018-07-17

ANEXOS

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

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 de 20 minutos.

Uma das metodologias propostas consiste em oficinas de abordagem e entrevistas, 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 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 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, entrar em contato com o NESP/UnB em horário comercial, ou ainda com a Profa. Dra. Ana Valéria M. 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 e indenização 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 com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10h00min às 12h00min e de 13h30min às 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 Senhor (a).

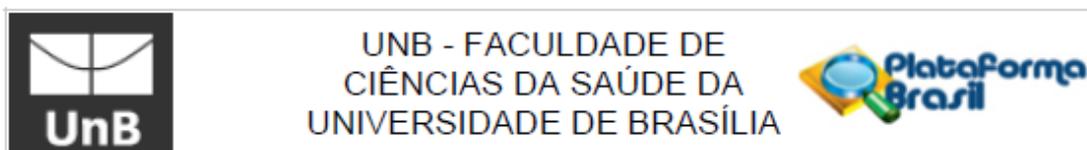
Nome / assinatura

Pesquisador Responsável

Nome e assinatura

_____, ____ de _____ de _____.

ANEXO B: Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya_z

Pesquisador: Ana Valéria Machado Mendonça

Área Temática:

Versão: 3

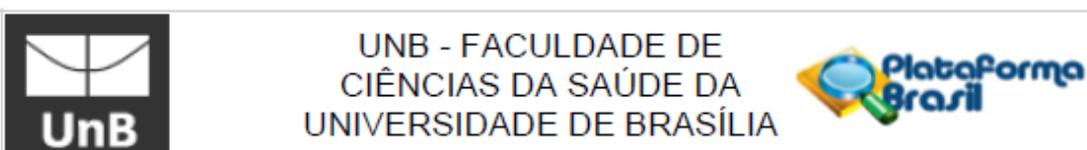
CAAE: 75119617.2.0000.0030

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

Patrocinador Principal: Ministério da Saúde

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.480.722



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya_z

Pesquisador: Ana Valéria Machado Mendonça

Área Temática:

Versão: 4

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: 2.608.178

ANEXO C: Documentos de Anuência dos Municípios

Anápolis/GO

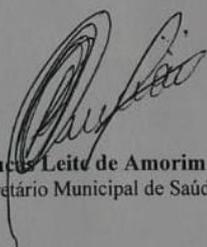

ANÁPOLIS
PLANEJAMENTO E AÇÃO

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
GABINETE SECRETARIA DE SAÚDE
RUA PROFESSOR ROBERTO MANGE, Nº 152, PISO 4 – VILA SANTANA
CEP: 75113-630 ANÁPOLIS - GO
TELEFONE: (62) 3902-2830
E-MAIL: semusa@anapolis.go.gov.br

TERMO DE ANUÊNCIA

A Secretaria Municipal de Saúde de Anápolis está de acordo com a execução do projeto **ARBOCONTROL: GESTÃO DA INFORMAÇÃO. EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO NO CONROLE DAS ARBOVIROSES DENGUE, ZIKA E CHIKUNGUNYA**, coordenado pela pesquisadora Prof.^a DR.^a ANA VALÉRIA MACHADO MENDONÇA, desenvolvido em conjunto com as alunas Priscila Torres de Brito e Lucas Felipe Carvalho Oliveira. Projetos do Programa do Núcleo de Estudos em Saúde Pública –NESP-UNB, e podendo apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa nesta Instituição, desde que seja passadas ao Núcleo de Educação as Unidades Básicas que participarão da pesquisa, além do cronograma com dias e horários que as pesquisadoras irão comparecer, para que não haja tumulto no local de pesquisa.

Anápolis, 24 de Abril de 2018.


Lucas Leite de Amorim
Secretário Municipal de Saúde

Prefeitura de Anápolis    
anapolis.go.gov.br

Vilhena/RO



Prefeitura de
VILHENA

SUS  SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

Ofício nº 283/2018/GAB/SEMUS

Vilhena/RO, 18 de maio de 2018.

Ilm^ª. Senhora
Prof^ª. Dr^ª. ANA VALÉRIA M. MENDONÇA
Coordenadora do Núcleo de Estudos em Saúde Pública
Coordenadora da Pesquisa Arbocontrol
UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Brasília/DF.

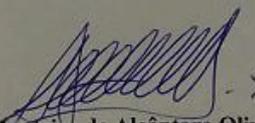
Senhora Coordenadora,

Em referência ao Ofício Ext. ECOS – UnB: nº 21/2018, de 04 de maio de 2018, que solicita o apoio aos pesquisadores do Laboratório de Informação, Educação e Comunicação em Saúde para auxiliar no desenvolvimento do Projeto ArboControl e autorização de pesquisa em campo no município de Vilhena, servimo-nos do presente para informar a Vossa Senhoria que nos sentimos lisonjeados em recebermos a proposta para fazermos parte de tão importante projeto de pesquisa, no entanto, o prazo do cronograma estabelecido para as atividades iniciais da pesquisa está esgotado, portanto, caso tenha ocorrido alteração no referido cronograma favor informar-nos.

Oportunamente, solicitamos que maiores informações acerca de possível gastos eventuais, haja vista momento crítico que nosso município vem enfrentando, que passará por novo processo eleitoral prevista para o dia 03 de junho de 2018.

Sem mais, renovamos votos de estima e consideração.

Atenciosamente.


André Monteiro de Alcântara Oliveira
Secretário Municipal de Saúde – interino
Decreto nº 42.652/2018

Campina Grande/PB



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE
CNPJ: 24.513.574/0001-21

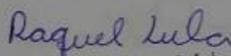
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da realização do projeto intitulado: **Projeto ArboControl: Gestão da informação, educação e comunicação no controle das arboviroses dengue, zika e chikungunya**, desenvolvido pelos pesquisadores do Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília: **Prof. Dr. José Carlos Silva, Prof. Dr. Luciano de Paula Camilo e Ms. Priscila Torres de Brito**, tendo como coordenadora: **Professora Doutora Ana Valéria M. Mendonça**, o cenário da pesquisa será a UBSF Galante I, UBSF Adalberto César e UBSF Malvinas IV.

Destaco que é de responsabilidade dos pesquisadores a realização de todo e qualquer procedimento metodológico, bem como o cumprimento da Resolução 466/12.

Campina Grande, 02 de Maio de 2018.

Atenciosamente,


Raquel Brito de F. Melo Lula
COORDENADORA DE EDUCAÇÃO
NA SAÚDE

Raquel Brito de Figueiredo Melo Lula
(Coordenadora de Educação na Saúde)

CEREST – Rua Maestro Alcides Leão, 595, Avenida Dinâmica (ao lado do INSS).
CEP: 58417-003 - Telefone: (83)3335-7254.



Secretaria Municipal de Saúde
Diretoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
Gerência de Educação na Saúde – GES

João Pessoa, 23 de abril de 2018

Processo Nº: 06.501/2018

TERMO DE ANUÊNCIA PARA PESQUISA

A Gerência de Educação na Saúde (GES) está de acordo com a execução do projeto de pesquisa “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.”, a ser desenvolvido pelo(a) pesquisador(a) RACKNELY ALVES SARMENTO SOARES, sob orientação de ANA VALERIA MACHADO MENDONÇA, e assume o compromisso de apoiar o desenvolvimento da referida pesquisa a ser realizada nos Distritos II e V, em João Pessoa-PB.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Informamos que para ter acesso a Rede de Serviços de Saúde do município, fica condicionada a apresentação nesta Gerência da Certidão de Aprovação por Comitê de Ética em Pesquisa, devidamente credenciado junto à Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Sem mais, subscrevo-me.

Atenciosamente,

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde
Munic. de João Pessoa/PB

Daniela Pimentel
Gerente de Educação na Saúde

Cascavel/PR



Ofício DAS/DEP nº. 463/2018
A/C

Cascavel, 02 de maio de 2018.

À UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: PIONEIROS CATARINENSE, SANTO ONOFRE
E JARDIM PRESIDENTE
UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE NOVA CIDADE, CLAUDETE, SÃO CRISTÓVÃO E
FLORESTA

Autorização para Pesquisa,

Autorizamos a pesquisa "Arbocontrol: Gestão da Informação, Educação e Comunicação no Controle das Arboviroses Dengue, Zika e Chikungunya", tendo como pesquisadora: Ana Valéria Machado Mendonça por estar de acordo com as normas estabelecidas.

Salientamos que esta pesquisa, poderá ser realizada nas Unidades Saúde da Família: Pioneiros Catarinense, Santo Onofre e Jardim Presidente, e Unidades Básicas de Saúde Nova Cidade, Claudete, São Cristóvão e Floresta da Secretaria Municipal de Saúde de Cascavel-PR, após ser agendado horário com o coordenador responsável conforme disponibilidade do mesmo, sendo que na ausência do coordenador agendar com a pessoa responsável.

Destacamos que esta pesquisa deverá seguir os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e a resolução 510/2015.

Compromete-se ainda, o acadêmico, a repassar o resultado da pesquisa em sua integralidade, a Secretaria de Saúde de Cascavel, antes de qualquer divulgação e/ou publicação.

Atenciosamente,

Luciana Osório Cavalli
Diretora de Atenção à Saúde
Secretaria de Saúde de Cascavel-PR