

O que pensam os agentes comunitários de saúde (ACS) e os 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 (ACS) and endemic combat agents (ACE) of João Pessoa-PB think about the dengue, zika and chikungunya posters released by the Ministry of Health (2013-2017)?

¿Qué piensan los agentes comunitarios de salud (ACS) y los agentes de combate a las endemias (ACE) de João Pessoa-PB sobre los carteles de dengue, zika y chikungunya vehiculados por el Ministerio de Salud (2013-2017)?

Priscila Torres de Brito¹
Natália Fernandes de Andrade²
Elizabeth Alves de Jesus Prado³
Alana Dantas Barros⁴
Ana Valéria Machado Mendonça⁵

RESUMO: 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 os agentes de combate às endemias (ACE) exercem papel fundamental para a prevenção e o controle dessas doenças, e a comunicação em saúde faz parte do trabalho desses profissionais, subsidiando a tomada de decisão da comunidade. A pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção dos ACS e ACE sobre os cartazes veiculados pelo Ministério da Saúde em relação às arboviroses

1 Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB.

2 Mestre em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB.

3 Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB.

4 Doutoranda em Saúde Coletiva pelo Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da FS/UnB.

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

pesquisadas. A pesquisa foi realizada no município de João Pessoa-PB, e 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 ACS e quatro ACE entrevistados, foram identificadas cinquenta expressões-chave, que foram distribuídas nas quatro ideias centrais, geradoras dos discursos-síntese: (1) trabalho informativo; (2) adequação dos conteúdos; (3) dificuldades; e (4) comunicação e 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, puderam-se observar pontos positivos e negativos em relação à comunicação para a promoção da saúde por meio desses materiais.

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 an epidemic year for the three diseases. Community health agents (ACS) and endemic combat agents (ACE) play a key role in the prevention and control of these diseases, and health communication is part of the work of these professionals, subsidizing community decision-making. The objective of the research was to know the perception of the ACS and ACE 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, and 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 ACS and four ACE, which were distributed in the four central ideas that generated the synthesis speeches: (1) informative work; (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 such materials.

Keywords: Communication; Posters; Community Health Workers; Dengue; Zika Virus; Chikungunya Virus.

RESUMEN: Dengue, zika y chikungunya son arbovirosis recurrentes en el contexto urbano brasileño. El año 2016 fue un 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, y la comunicación en salud forma parte del trabajo de estos profesionales, subsidiando la toma de decisión de la comunidad. La investigación tuvo como objetivo conocer la percepción de los ACS y 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, y los datos cualitativos fueron obtenidos por medio de entrevistas semiestruturadas; la pregunta orientadora sobre los carteles seleccionados fue analizada por

medio del Discurso del Sujeto Colectivo (DSC). Entre los siete ACS y cuatro ACE entrevistados, se identificaron cincuenta expresiones clave, que se distribuyeron en las cuatro ideas centrales, generadoras de los discursos-síntesis: (1) trabajo informativo; (2) adecuación de los contenidos; (3) dificultades; y (4) comunicación y 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. Con respecto 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 estos materiales.

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 as mudanças no meio ambiente proporcionam maior impacto dessas doenças no cenário urbano, favorecendo o aparecimento de novos vetores e hospedeiros e caracterizando uma situação de importância para a saúde pública^{1,2}.

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

Os arbovírus mais comuns no contexto brasileiro são o da dengue (DENV), o da zika (ZIKV) e o 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 de suas 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 doença (DEN-1, DEN-2, DEN-3 e DEN-4). A dengue pode se manifestar na forma clássica – cujos sintomas mais conhecidos são cefaleia, diarreia e vômitos – ou pode ser hemorrágica, a forma mais grave da doença¹.

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

Fantinato et.al.⁴ descrevem que os primeiros casos de infecção por zika no Brasil deram-se nos estados do Rio Grande do Norte, da Paraíba e do 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 zika vírus em maio de 2015³.

Quanto à chikungunya, as primeiras cepas do vírus (CHIKV) foram isoladas no continente Asiático nas décadas de 60 e 70, e 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 alimentarem de um hospedeiro contaminado e, assim, tornam-se capazes de transmitir o vírus. A doença possui a fase aguda e crônica e 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 e 23/06/2018, ocorreram 171.582 casos⁶.

Com relação à 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 apontaram 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 e, em 2017, 17.594 casos. Os dados até a semana epidemiológica nº 25 de 2018 marcaram 5.401 casos prováveis no Brasil⁶.

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

A relação entre comunicação e saúde deu-se antes da criação do Sistema Único de Saúde. Trata-se de dois campos transdisciplinares que inicialmente trabalharam as propagandas e campanhas sanitárias visando à mudança de estilos de vida. Essa 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 é uma abordagem transversal entre comunicação e saúde, consistindo no estudo e na formulação de estratégias para informar e subsidiar decisões individuais e coletivas, bem como de gestão. Ela serve tanto para divulgação científica, ensino, pesquisa e análise de saúde quanto para publicidade, fatos, saberes, experiências e conhecimentos⁸. Além disso, 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 e fundamental às atividades de promoção da saúde. O modelo tradicional compreende que um emissor envia uma mensagem a um receptor, em uma via unidirecional. No modelo de comunicação em saúde efetivo, presume-se que há, além dessas etapas, o entendimento da mensagem e o retorno do receptor, em uma via bidirecional. Geralmente este modelo é praticado entre um profissional de saúde, o emissor, e o público-alvo, os usuários dos serviços de saúde. As mensagens podem ser diversas; nesse 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, as diretrizes, os programas e a organização dos serviços de saúde na atenção básica. Trata-se de um documento estruturante para as principais ações nesse nível, estabelecendo fluxos e processos de trabalho e, assim, conferindo atribuições à 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.

A política prevê ainda que os ACS e os ACE devem estar inclusos nas equipes de saúde do município. Na ausência de equipes, esses profissionais devem ser vinculados a outros serviços: ao programa de agentes comunitários de saúde e à vigilância em saúde, respectivamente.

Os ACS e os ACE compartilham atribuições no exercício de suas funções. Quanto às atividades de informação e comunicação em saúde para a prevenção das arboviroses, destacam-se as seguintes atribuições para esses profissionais:

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. (Grifos nossos)

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.

Diante do exposto, esta pesquisa considera esses profissionais como atores fundamentais para a promoção da comunicação em saúde na atenção básica, etem como objetivo conhecer a percepção dos ACS e ACEa respeito dos cartazes apresentados sobre as arboviroses pesquisadas.

METODOLOGIA

Com o objetivo de conhecer a opinião dos ACS e ACE e como esses profissionais se expressam a respeito dos materiais institucionais do Ministério da Saúde, foi realizada uma pesquisa qualitativa descritiva. A 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 de 2016 e 2017. Conforme o índice, o município é classificado como satisfatório, e por isso optou-se por investigar as ações realizadas. Também foram considerados a adesão do município ao Programa Saúde na Escola (PSE), o porte populacional, a localização e a facilidade de deslocamento na região Nordeste.

No município, foram entrevistados sete ACS e quatro ACE, totalizando onze participantes na 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-estabelecido¹². Durante a entrevista foram introduzidos na conversa os cartazes impressos do Ministério da Saúde; o material foi identificado pelo ano correspondente à 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? Nesse momento os cartazes eram entregues para que os entrevistados observassem os conteúdos e emitissem sua opinião. Algumas questões foram levantadas de modo aberto: você conhece esses cartazes? Você já trabalhou com esse material na UBS ou na comunidade? Como? Você percebe diferenças no conteúdo dos cartazes? Quais cartazes você considera que chamam mais a 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 contemplou as campanhas sobre as doenças dengue, zika e chikungunya de todos os anos com acesso disponível; logo, o recorte temporal foi de 2013 a 2017. Foram escolhidos aleatoriamente no mínimo um e no máximo dois cartazes por ano disponíveis da campanha geral, de modo que todos os anos fossem representados por no mínimo um cartaz.

Figuras 1. Cartazes selecionados



2017



2017



2016



2016



2015



2013



2014



2014

Fonte: Ministério da Saúde¹³

Os agentes entrevistados participaram individualmente, e 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, de modo que 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 ressaltam no processo de investigação a diferença entre pensar sobre determinado assunto e professar o que realmente se 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 desses componentes da fala geram o discurso-síntese, escrito na primeira pessoa do singular, produto dessa técnica de análise.

As ideias centrais são a descrição do que se fala no discurso e fornecem sentido temático a cada conjunto de expressões-chave. As expressões-chave, por sua vez, representam o discurso literal do sujeito que fala: são os trechos que respondem ou fazem menção à pergunta de pesquisa. As ancoragens 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 das ancoragens dos discursos. Supondo-se 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 e as expressões-chave 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 nos textos. O próximo passo consiste em identificar as ideias centrais e descrevê-las. Após essa etapa, devem-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, coerência e sequência lógica textual, com início, meio e fim. As questões relevantes das falas devem ser escritas abordando o tema da forma mais geral para a 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 que emergiram a partir da pergunta norteadora. As ideias centrais discutidas são: (1) trabalho informativo; (2) adequação dos conteúdos; (3) dificuldades; e

(4) comunicação e mobilização.

Todos os procedimentos éticos foram realizados e os participantes que concederam as entrevistas assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assegurando-se 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 pelo 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 de seu Componente 3, que trabalha educação, informação e comunicação em saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

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

Discurso do Sujeito Coletivo

1. Trabalho informativo: houve destaque para o papel de orientar e informar a comunidade no dia-a-dia para a prevenção e o controle das doenças. Os materiais físicos contribuem e auxiliam no trabalho do agente.

As campanhas são boas. Eu sempre informo e, para tentar eliminar a dengue, a zika e a 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 estão 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, e entregar os informativos nas residências tem ajudado muito. Na visita domiciliar, faço as ações de prevenção e 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, indo além da informação. A informação ligada apenas a mensagens soltas gera a incomunicação.

O relato de trabalho diário desses profissionais revela as 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 à 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 auditiva.

Eu acho que a comunicação em si deve acontecer de um modo mais claro para eles, e não tão científico, porque às vezes a propaganda fala de um modo muito científico e eles não entendem, e aí eles tiram dúvida comigo. Até mesmo as crianças que ainda não sabem ler eu posso orientar pelos desenhos, elas vão identificar; também os idosos que também não sabem ler, 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 esses 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 receptores do material veiculado para o trabalho com a comunidade¹⁷.

Os relatos dos agentes não evidenciam esse comportamento de exclusão; pelo contrário: eles se colocam como parte da situação a ser solucionada junto à comunidade quando afirmam que a responsabilidade é de todos. Com relação à população mencionada no discurso, ficam evidentes as dificuldades encontradas pelos agentes de saúde para realizar a comunicação diante de algumas situações específicas ou de 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, e apontaram 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 seu trabalho, mas os informativos não vêm completos. Sempre falta material, faltam diversos produtos para ser feito o trabalho. Há uma certa deficiência de materiais.

Preciso de tudo, não tenho um material digno, não tenho nada, tiroxerox 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 à informação, queria ter mais material para divulgar. Não deixe faltar os materiais para fazer o trabalho.

Souza et al.¹⁸ descrevem a experiência de ACE com as arboviroses. Os resultados são semelhantes aos achados aqui e descrevem as condições gerais de trabalho desses profissionais. Eles se sentem desvalorizados, insatisfeitos e pouco capacitados, apesar de considerarem as ações de educação em saúde de extrema importância. Ainda é necessário “improvisar” para cumprir 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 à identificação como profissional, faltam uniformes, crachás e bolsas; com relação aos produtos utilizados no dia a dia, faltam protetor solar, materiais básicos para as visitas domiciliares, incluindo-se 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. Comunicação e mobilização: os cartazes foram apontados como elementos fundamentais para a comunicação com os moradores; no entanto, não são suficientes para mobilizar a comunidade quanto às atitudes para a prevenção e o 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 à tomada de decisões em saúde. Corcoran¹⁰ apresenta algumas teorias que podem ser utilizadas como subsídio para a compreensão das práticas em saúde. No que se refere à mobilização dos moradores na prevenção e no controle da dengue, da zika e da chikungunya, o modelo que apresenta relação com o 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 e 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, apresentando etapas nas quais o sujeito pode iniciar a mudança; o sujeito pode também se movimentar entre elas e até mesmo voltar ao estágio inicial. O ciclo se dá através das fases de pré-contemplação, contemplação, preparação, ação, manutenção e recaída. Essas fases vão desde o momento em que o indivíduo não está preparado ou disposto a mudar comportamentos e hábitos até a completa mudança; logo em seguida pode acontecer a recaída, de modo que o indivíduo volta a praticar os mesmos comportamentos considerados inadequados¹⁰.

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

Esse fato pode explicar um dos fatores comportamentais da população dos bairros de classe alta: supondo-se que possuem maior escolaridade e poder aquisitivo, resistem mais ao trabalho dos agentes de saúde quando comparados à população de classe baixa, como referido no discurso.

O estudo de Oliveira et al.¹⁷ demonstram, 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 concluem que os materiais impressos produzidos têm um alcance limitado e frágil, pois os conteúdos não têm origem na população, mas são informações científicas adaptadas e traduzidas para termos populares. Sugere-se que a população participe da construção das campanhas de saúde e que haja um processo de avaliação antes e após a veiculação.

Ainda segundo Wolton¹⁵, o processo comunicativo leva tempo, envolvendo o relacionamento entre o emissor e o receptor. A partir disso, ocorre o compartilhamento e o vínculo, fundamentais à 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, a precarização do trabalho e a escassez de materiais. Nesse 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 às atividades e práticas de prevenção, promoção da saúde e controle de doenças realizadas na comunidade.

Ressaltam-se o esforço e o comprometimento desses profissionais com o próprio trabalho e com 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, podem-se observar pontos positivos e negativos em relação à comunicação para a promoção da saúde por meio desses materiais.

Devido à escassez de materiais relatada, deve ser feita a avaliação do acesso físico e da distribuição dos cartazes estudados ao longo do tempo. O estudo ainda revelou as dificuldades 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 da 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://bvsms.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 Lívia 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 ISSN 1982-8829 *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, 14(2), 43-58, jun, 2020. Epub abr 2021

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>.

Artigo recebido em julho de 2018

Artigo aprovado em de 2019

Artigo publicado em abril de 2021