



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UnB)
FACULDADE DE CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (FCI)
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIA DA INFORMAÇÃO (PPGCINF)

Gislane Pereira Santana

**AÇÃO COMUNICATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E DO AGENTE DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS NO BRASIL E O ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO**

Tese de Doutorado

Volume I

Brasília
Fevereiro de 2023

Gislane Pereira Santana

**AÇÃO COMUNICATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E DO AGENTE DE
COMBATE ÀS ENDEMIAS NO BRASIL E O ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação (PPG-CINF) da Faculdade de Ciência da Informação (FCI) da Universidade de Brasília - UNB - para obtenção do grau de Doutor em Ciência da Informação.

Orientador: Prof.^a Dr.^a Elmira Luzia Melo Soares Simeão

Volume I

Brasília
Fevereiro de 2023

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Santana, Gislane Pereira
a AÇÃO COMUNICATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E DO
AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO BRASIL E O ENFRENTAMENTO DA
DESINFORMAÇÃO / Gislane Pereira Santana; orientador Elmira
Luzia Melo Soares Simeão. -- Brasília, 2023.
356 p.

Tese(Doutorado em Ciência da Informação) -- Universidade
de Brasília, 2023.

1. Ciência da Informação. 2. Informação - Desinformação.
3. Informação, Educação e Comunicação em Saúde. 4. Agente
Comunitário de Saúde. 5. Agente de combate às Endemias. I.
Simeão, Elmira Luzia Melo Soares, orient. II. Título.

**FOLHA DE APROVAÇÃO**

Título: "AÇÃO COMUNICATIVA DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E DO AGENTE DE COMBATE ÀS ENDEMIAS NO BRASIL E O ENFRENTAMENTO DA DESINFORMAÇÃO "

Autor (a): Gislane Pereira Santana

Área de concentração: Gestão, Organização e Comunicação da Informação e do Conhecimento

Linha de pesquisa: Produção, Socialização e Usos da Informação e do Conhecimento

Tese submetida à Comissão Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-graduação em Ciência da Informação da Faculdade de Ciência da Informação da Universidade de Brasília como requisito parcial para obtenção do título de **DOCTOR** em Ciência da Informação.

Tese aprovada em: 14 de fevereiro 2023.

Presidente (UnB/PPGCINF): Elmira Luzia Melo Soares Simeão

Membro Interno (FS/UnB): Maria Fátima de Sousa

Membro Externo (IFPB): Rackynelly Alves Sarmiento Soares

Membro Externo (UFAM): Wânia Ribeiro Fernandes

Suplente (UnB/PPGCINF): Ivette Kafure Munoz



Documento assinado eletronicamente por **Elmira Luzia Melo Soares Simeao, Professor(a) de Magistério Superior da Faculdade de Ciência da Informação**, em 14/02/2023, às 17:31, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Rackynelly Alves Sarmiento Soares, Usuário Externo**, em 16/02/2023, às 22:14, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Ivette Kafure Munoz, Membro do Colegiado da Pós-Graduação da Faculdade de Ciência da Informação**, em 17/02/2023, às 18:11, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



Documento assinado eletronicamente por **Wania Ribeiro Fernandes, Usuário Externo**, em 03/03/2023, às 11:07, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.

16/03/2023, 14:49

SEI/UnB - 9241910 - Despacho



Documento assinado eletronicamente por **Maria Fatima de Sousa, Professor(a) de Magistério Superior da Faculdade de Ciências da Saúde**, em 11/03/2023, às 17:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento na Instrução da Reitoria 0003/2016 da Universidade de Brasília.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://sei.unb.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **9241910** e o código CRC **B57C5243**.

Referência: Processo nº 23106.008490/2023-12

SEI nº 9241910

Dedico esta tese de doutorado à minha mãe (in memoriam), professora de alfabetização que lecionava em escolas de zonas rurais e sonhava em se mudar para a cidade e continuar praticando a docência em centros urbanos. Sua vida foi ceifada precocemente, antes que ela tivesse a oportunidade de concretizar esse desejo.

Cresci com a lembrança de suas palavras ecoando em minha mente e, ainda muito jovem, decidi que seria professor para que minha mãe, de onde estivesse, realizasse o seu sonho através de mim.

Sou um homem realizado profissionalmente e muito feliz com a profissão que escolhi, em honra da mulher que me trouxe a esse mundo.

Por vezes, mudamos o curso da nossa caminhada para evitar o destino, mas, nas voltas que o mundo dá, acabamos por encontrá-lo justamente na estrada que seguimos para evitá-lo.

De modo especial, dedico este trabalho acadêmico aos meus filhos, Bruno, Grazielle e Guilherme, como prova do meu amor, para saberem que tudo é possível quando acreditamos nos nossos ideais e fazemos o que é preciso ser feito para concretizar os nossos objetivos, um dia sim e outro também.

Agradecimentos

Primeiramente agradeço a Deus, por me dar abrigo na tempestade, por endireitar os meus caminhos tortos, por mostrar-me saídas onde parece não haver escapatória. Agradeço, Senhor, por não me deixar esquecer que você me habita e que é a sua força que dá vida e anima a minha alma.

Em especial, agradeço à professora Dr^a Elmira Simeão por ter acreditado em mim, pois tudo isso só foi possível graças ao seu reconhecimento em relação ao meu potencial. Confesso que não tinha noção do quão longe eu poderia chegar. Sou grato pela nossa amizade, pela sua paciência em atender-me em minhas dificuldades e pelas oportunidades que esse trabalho acadêmico me proporcionará. Gratidão, Dr^a Elmira, pelo incentivo ao desenvolvimento desse tema, pela revisão detalhada e, principalmente, pelos valiosos comentários e críticas que contribuíram para enriquecer esta pesquisa.

Agradeço às professoras Dr^a Maria Fátima de Sousa e Dr^a Ana Valéria Machado Mendonça, pelo apoio e oportunidade que me foi oferecida de participar de um projeto desafiador e de suma importância, na área de saúde coletiva, envolvendo os Agentes de Saúde que atuam em todo o território brasileiro.

Ao meu pai, Alderico Pereira Santana, e à minha mãe, Elma Gonçalves Santana (in memorian), a minha eterna gratidão por terem me levado a acreditar que a educação é a maior riqueza que se pode oferecer aos filhos.

Sou grato à Sandra pela agradável companhia de todos os dias e pela forma positiva com que dividiu comigo todos os momentos (bons e não tão bons) nos últimos anos.

A minha gratidão às mães que me adotaram, Lindalva, Jovana e Ivone. Cada uma dessas mulheres me acolheu em momentos desafiadores da minha vida.

Agradeço à minha querida irmã Gisélia, a mais velha dentre os irmãos, a quem coube a enorme responsabilidade, por ser a única mulher na família, de ser mãe de todos os irmãos.

Aos professores, Dr^a Fátima Brandão e o Dr. Benedito Medeiros (in memorian), sou grato por todas às vezes que a eles recorri para compartilhar as minhas inseguranças.

Expresso a minha gratidão a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação pela acolhida e por me incentivarem a enfrentar o grande desafio que se descortinou diante dos meus olhos ao deparar-me com um novo conhecimento e, especialmente, por terem compartilhado comigo os seus saberes, me proporcionado a riqueza de participar de uma experiência única que foi me preparar para ser um doutor em Ciência da Informação, área do conhecimento que escolhi por vocação e amor à docência.

À minha revisora, Ana Lúcia Barbosa (Ana di Goya), agradeço pela capacidade de extrair e contextualizar as palavras que eu não encontro e que são exatamente as frases que preenchem as lacunas e tornam os meus textos completos. Que achado, em minha vida acadêmica, foi a nossa parceria!

Agradeço a toda a equipe do UNB/FCI e do Departamento de Saúde Coletiva da Faculdade de Saúde LabECoS/FS/UnB e NESP/CEAM/UnB, pelo apoio recebido em todas as minhas demandas.

Um último e muito especial agradecimento à pessoa mais importante da minha vida, que sou eu, por ter consciência do poder que possuo e fazer uso do conhecimento como instrumento de conexão com pessoas, seja em sala de aula, lecionando ou estudando, seja nos projetos dos quais participo, sempre colocando em prática os meus conhecimentos acadêmicos visando ajudar o próximo.

“O saber a gente aprende com os mestres e os livros. A sabedoria se aprende é com a vida e com os humildes”.

Cora Coralina

Resumo

Esta tese tem por objetivo apresentar um estudo sobre a ação comunicativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate à Endemias (ACE) no Brasil, a partir de uma investigação sobre a desinformação no contexto da saúde coletiva. Este estudo foi realizado a partir de uma pesquisa sobre o perfil dos ACS e ACE, considerando o contexto onde eles exercem as suas atividades profissionais. A pesquisa considera três aspectos distintos: Conhecimento individual (ACS e ACE); Conhecimento de questões ligadas à equipe (equipes de trabalho do ACS e ACE); Conhecimento de questões ligadas às famílias assistidas (ACS e ACE em ação). Por meio de um levantamento nacional sobre o perfil dos ACS e ACE, observou-se a necessidade de sugerir o desenvolvimento de instrumentos de gestão da informação e do conhecimento que possam auxiliar no aprimoramento das competências e na atuação dos ACS e ACE, no que se refere ao uso da informação. Foi possível averiguar as habilidades do ACS e ACE em filtrar informações, com vistas a combater a disseminação de falsas notícias que são veiculadas nas redes e mídias sociais que esses profissionais utilizam no exercício de suas funções. Com abordagem quantitativa e qualitativa a pesquisa fez uma ampla abordagem, abrangendo ACS e ACE das 26 unidades federativas e do Distrito Federal buscando comprovar a necessidade de implementar métodos mais eficazes voltados às práticas de comunicação comunitária para o combate à desinformação. Esse trabalho está fundamentado numa pesquisa em processo, realizada em parceria com a Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento, intitulada “ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL”. Visando complementar esse trabalho e contribuir para a melhoria dos processos de comunicação dos agentes de saúde junto às populações por eles atendidas, o presente estudo teve início com a elaboração e aplicação de um questionário eletrônico preenchido por ACSs e ACEs de todo o país. A segunda fase foi realizada por meio de abordagem qualitativa, com entrevistas junto aos agentes de saúde com o objetivo de compreender como eles atuam, à luz dos referenciais teóricos que embasam a Ciência da Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Para validar as respostas, de acordo com a significância estatística para as questões quantitativas, realizou-se o cálculo de duas amostras significativas aleatórias para os ACEs e ACSs, por Unidades Federativas, estratificadas por municípios, segundo a tipologia do IBGE. Para obter o dado referente ao tamanho da população abrangida no estudo, foi tomado como base o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Conclui-se que a atualização das práticas de comunicação comunitária pode contribuir para o enfrentamento da Desinformação no contexto da saúde coletiva no Brasil. Objetiva-se, a partir do resultado da presente pesquisa, comprovar que a desinformação foi responsável pelo agravamento da pandemia do Covid-19 no Brasil, e pode acentuar os problemas causados por arboviroses no país. É possível definir,

de forma estruturada, qualificada e baseada no conhecimento técnico-científico, a atuação do ACS e do ACE, de modo que esses profissionais possam realizar uma comunicação comunitária dentro de parâmetros mais seguros, evitando que falsas notícias interfiram no resultado do trabalho realizado junto à população. Sugere-se reorientar as práticas de comunicação desses agentes nas dimensões da informação, educação e comunicação em saúde, com foco nas Competências em Informação (CoInfo), a partir da Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), para o enfrentamento da desinformação, nos processos de trabalho, e na atuação junto às famílias e comunidades.

Palavras-chave: Agente Comunitário de Saúde. Agente de combate às Endemias. Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Tecnologias da Informação e Comunicação. Competências, Desinformação.

Abstract

This thesis aims to present a study on the communicative action of the Community Health Agent (ACS) and the Endemic Combat Agent (ACE) in Brazil, based on an investigation into disinformation in the context of public health. This study was carried out based on a survey on the profile of ACS and ACE, considering the context in which they carry out their professional activities. The research considers three distinct aspects: Individual knowledge (ACS and ACE); Knowledge of issues related to the team (ACS and ACE work teams); Knowledge of issues related to assisted families (ACS and ACE in action). Through a national survey on the profile of ACS and ACE, there was a need to suggest the development of information and knowledge management instruments that could help improve the skills and performance of ACS and ACE, in terms of refers to the use of information. It was possible to verify the abilities of the ACS and ACE in filtering information, with a view to combating the spread of false news that are published in the networks and social media that these professionals use in the exercise of their functions. With a quantitative and qualitative approach, the research took a broad approach, covering ACS and ACE from the 26 federative units and the Federal District, seeking to prove the need to implement more effective methods aimed at community communication practices to combat misinformation. This work is based on a research in process, funded by CAPES, and carried out in partnership with the Brazil Network for Information Management and Knowledge Translation, entitled "MULTICENTRIC STUDY ON THE PRACTICES OF AGENTS TO COMBAT ENDEEMIES AND COMMUNITY HEALTH AGENTS IN BRAZIL". Aiming to complement this work and contribute to the improvement of the communication processes of health agents with the populations they serve, the present study began with the elaboration and application of an electronic questionnaire filled out by ACS and ACE from all over the country. The second phase was carried out using a qualitative approach, with interviews with health agents in order to understand how they act, in light of the theoretical references that underlie Information Science, Education and Communication in Health. To validate the answers, according to the statistical significance for the quantitative questions, two significant random samples were calculated for the ACE and ACS, by Federative Units, stratified by municipalities, according to the IBGE typology. To obtain data regarding the size of the population covered in the study, the National Register of Health Establishments (CNES) was used as a basis. It is concluded that updating community communication practices can contribute to confronting Disinformation in the context of public health in Brazil. The objective is, from the result of this research, to prove that Misinformation was responsible for the aggravation of the Covid-19 pandemic in Brazil, and can accentuate the problems caused by arboviruses in the country. It is possible to define, in a structured, qualified way and based on technical-scientific knowledge, the performance of the ACS and the ACE, so that these professionals can carry out community communication within safer parameters, preventing false news from interfering with the result of the work carried

out among the population. It is suggested to reorient the communication practices of these agents in the dimensions of information, education and communication in health, with a focus on Information Skills (CoInfo), based on Media and Information Literacy (MIL), to face disinformation, in the processes workplace, and in working with families and communities.

Keywords: Community Health Agent, Endemic Combat Agent; Information Education and Communication in Health; Information and Communication Technologies; Skills, Disinformation.

Resumen

Esta tesis tiene como objetivo presentar un estudio sobre la acción comunicativa del Agente de Salud Comunitario (ACS) y el Agente de Combate Endémico (ACE) en Brasil, a partir de una investigación sobre la desinformación en el contexto de la salud colectiva. Este estudio se realizó a partir de una encuesta sobre el perfil de los ACS y ACE, considerando el contexto en el que desarrollan sus actividades profesionales. La investigación considera tres aspectos distintos: Conocimiento individual (ACS y ACE); Conocimiento de temas relacionados con el equipo (equipos de trabajo ACS y ACE); Conocimiento de temas relacionados con las familias asistidas (ACS y ACE en acción). A través de una encuesta nacional sobre el perfil de los ACS y ACE, surgió la necesidad de sugerir el desarrollo de instrumentos de gestión de información y conocimiento que pudieran ayudar a mejorar las habilidades y el desempeño de los ACS y ACE, en lo que se refiere al uso de la información. Se pudo constatar las habilidades de la ACS y ACE en el filtrado de información, con miras a combatir la difusión de noticias falsas que se publican en las redes y medios sociales que utilizan estos profesionales en el ejercicio de sus funciones. Con un enfoque cuantitativo y cualitativo, la investigación tuvo un enfoque amplio, abarcando ACS y ACE de las 26 unidades federativas y el Distrito Federal, buscando evidenciar la necesidad de implementar métodos más efectivos dirigidos a las prácticas de comunicación comunitaria para combatir la desinformación. Este trabajo se basa en una investigación en proceso, financiada por la CAPES, y realizada en colaboración con la Red Brasileña de Gestión de la Información y Traducción del Conocimiento, titulada “ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LAS PRÁCTICAS DE LOS AGENTES DE COMBATE A LAS ENDEMIDES Y AGENTES DE SALUD COMUNITARIOS EN BRASIL” . Con el objetivo de complementar este trabajo y contribuir a mejorar los procesos de comunicación de los agentes de salud con las poblaciones que atienden, el presente estudio se inició con la elaboración y aplicación de un cuestionario electrónico llenado por ACS y ACE de todo el país. La segunda fase se llevó a cabo con un enfoque cualitativo, con entrevistas a los agentes de salud para comprender cómo actúan, a la luz de los marcos teóricos que sustentan las Ciencias de la Información, Educación y Comunicación en Salud. Para validar las respuestas, según la significación estadística para las preguntas cuantitativas, se calcularon dos muestras aleatorias significativas para las ACE y ACS, por Unidades de la Federación, estratificadas por municipios, según la tipología del IBGE. Para obtener datos sobre el tamaño de la población cubierta en el estudio, se utilizó como base el Registro Nacional de Establecimientos de Salud (CNES). Se concluye que la actualización de las prácticas de comunicación comunitaria puede contribuir al enfrentamiento de la Desinformación en el contexto de la salud colectiva en Brasil. El objetivo es, a partir del resultado de esta investigación, probar que la Desinformación fue responsable por el agravamiento de la pandemia de Covid-19 en Brasil, y puede acentuar los problemas

causados por los arbovirus en el país. Es posible definir, de forma estructurada, cualificada y con base en conocimientos técnico-científicos, la actuación de la ACS y la ACE, para que estos profesionales puedan realizar la comunicación comunitaria dentro de parámetros más seguros, evitando que las noticias falsas interfieran en el resultado del trabajo realizado entre la población. Se sugiere reorientar las prácticas comunicativas de estos agentes en las dimensiones de información, educación y comunicación en salud, con enfoque en Habilidades Informacionales (CoInfo), a partir de Alfabetización Mediática e Informacional (AMI), para enfrentar la desinformación, en los procesos en el lugar de trabajo y en el trabajo con las familias y las comunidades.

Palabras clave: Agente de Salud Comunitario. Agente de combate endémico. Información, Educación y Comunicación en Salud. Tecnologías de la Información y la Comunicación. Habilidades, Desinformación.

Lista de ilustrações

Figura 1 – Representação gráfica dos 7 tipos de Desinformação	51
Figura 2 – Política de transferência da Informação	54
Figura 3 – Estrutura organizacional do PACS	82
Figura 4 – Estrutura Rede Brasil, 2021	120
Figura 5 – Site de monitoramento da pesquisa	126
Figura 6 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Painel principal	127
Figura 7 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Registros finalizados por município no período do estudo	128
Figura 8 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Percentual de registros, (ACS/ACE), em relação à meta – Brasil e estados.	129
Figura 9 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Site de Georreferenciamento	130
Figura 10 – Apresentação do projeto de pesquisa (três de abril de 2021)	131
Figura 11 – Apresentação do Plano Amostral	132
Figura 12 – Card com a chamada para a Live de lançamento da pesquisa	133
Figura 13 – Abertura da live de lançamento da pesquisa	134
Figura 14 – Uso de máscara na época da gripe espanhola e na COVID-19	141
Figura 15 – Orientações da época da Gripe Espanhola e atual COVID-19	142
Figura 16 – Representação gráfica da conexão entre os termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador do MS (11/06/2020)	150
Figura 17 – Boatos.org - Representação gráfica da conexão entre os termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador (11/06/2020)	153
Figura 18 – G1 – Fato ou Fake - Nuvem de tags com termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador (11/06/2020)	155
Figura 19 – Agência Lupa - Representação gráfica da conexão entre os termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador (11/06/2020)	157
Figura 20 – Fórmula de cálculo para definição do tamanho das duas amostras	165
Figura 21 – Ecosistema de combate a desinformação	282
Figura 22 – Boletim semanal de acompanhamento da pesquisa ACS/ACE	330
Figura 23 – Microsoft PowerBI	338

Lista de quadros

Quadro 1 – Conceitos de qualidade	55
Quadro 2 – Dimensões de qualidade da informação	56
Quadro 3 – Características da boa informação	57
Quadro 4 – Dimensões da Competência - conhecimento, habilidades, atitudes e seus significados	61
Quadro 5 – Metas curriculares da UNESCO para a AMI e habilidades dos professores	103
Quadro 6 – A compreensão do papel das mídias e da informação na democracia .	105
Quadro 7 – O acesso eficiente e eficaz à informação	106
Quadro 8 – A avaliação crítica das informações e suas fontes	107
Quadro 9 – A aplicação de formatos novos e tradicionais de mídias	108
Quadro 10 – Conteúdo adaptado para a Alfabetização Midiática	110
Quadro 11 – Conteúdo adaptado para a Alfabetização Informacional	111
Quadro 12 – Representações e atribuições das 5 estações regionais – Rede Brasil, 2021	121
Quadro 13 – Planejamento de atividades da pesquisa	122
Quadro 14 – Oficinas e pré-testes realizados	124
Quadro 15 – Fake news agrupadas na categoria “Cura”	151
Quadro 16 – Fake news agrupadas na categoria “China”	154
Quadro 17 – Fake news agrupadas na categoria “Vídeo”	156
Quadro 18 – Fake news agrupadas na categoria “Vídeo”.	158
Quadro 19 – Tamanho da amostra parcial ACS e ACE	167
Quadro 20 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD I	180
Quadro 21 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD III - AC	181
Quadro 22 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD III - IC	182
Quadro 23 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD II	182
Quadro 24 – Discurso do sujeito coletivo - DSC	183

Lista de gráficos

Gráfico 1 – Brasil: Escalada do primeiro caso até a marca de 1 milhão de infectados (março a junho de 2020)	143
Gráfico 2 – Pesquisa no Google sobre a cura do coronavírus em um período	159
Gráfico 3 – Você trabalha como agente de saúde?	187
Gráfico 4 – Qual a sua idade?	188
Gráfico 5 – Você trabalha no mesmo município onde mora?	188
Gráfico 6 – Conforme a classificação do IBGE, no que se refere à cor, raça/etnia, você se identifica?	189
Gráfico 7 – Com qual gênero você se identifica?	190
Gráfico 8 – Qual é a sua escolaridade?	191
Gráfico 9 – Há quantos anos você trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Atenção Primária à Saúde?	192
Gráfico 10 – Qual equipe você integra na Atenção Primária à Saúde (APS)?	192
Gráfico 11 – Qual o seu tipo de vínculo de trabalho?	193
Gráfico 12 – Qual a sua jornada de trabalho como ACS ou ACE?	194
Gráfico 13 – Qual a sua principal renda?	195
Gráfico 14 – Como você avalia as condições de trabalho na UBS/Estratégia Saúde da Família?	196
Gráfico 15 – Como você se comunica com as famílias do seu território?	197
Gráfico 16 – Como você se comunica com a sua equipe?	198
Gráfico 17 – Quais as principais fontes de informação você utiliza para tirar dúvidas nas suas atividades como agente?	199
Gráfico 18 – Nas redes sociais posso me comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas.	200
Gráfico 19 – Nas mídias sociais posso melhorar as atividades de atenção básica/primária à saúde que realizo junto à minha comunidade.	201
Gráfico 20 – As mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidados com a saúde, prevenção às arboviroses e à COVID-19.	202
Gráfico 21 – Ao se deparar com informações sobre saúde coletiva/pública, que procedimento costuma adotar?	202
Gráfico 22 – Dificulta a comunicação com a minha comunidade.	203
Gráfico 23 – Dificulta a comunicação com a equipe	204
Gráfico 24 – Dificulta o compartilhamento de conteúdos sobre o contexto da saúde	204
Gráfico 25 – O que você faz ao receber falsas informações (fake news) provenientes das mídias sociais?	205

Gráfico 26 – Eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do meu trabalho e reconheço a necessidade de estar sempre atualizado para exercer com segurança a função de agente de saúde.	206
Gráfico 27 – Eu sei como identificar fontes de informações relevantes e confiáveis e como encontrar a informação que preciso.	207
Gráfico 28 – Eu tenho domínio no acesso às informações na web e sei como avaliar uma notícia e selecionar a mais apropriada a determinada tarefa. . . .	208
Gráfico 29 – Eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática.	209
Gráfico 30 – Em suas atividades cotidianas, quais equipamentos (tecnologias de comunicação) estão disponíveis para suas práticas como agente de saúde?	210
Gráfico 31 – Este(s) equipamento(s) está(ão) conectado(s) à internet?	211
Gráfico 32 – Como você avalia a qualidade da internet em termos de conexão do(s) equipamento(s) que utiliza em suas atividades profissionais?	212
Gráfico 33 – Quais equipamentos você gostaria de ter nas suas práticas como agente? 213	
Gráfico 34 – Como as Tecnologias de Informação e Comunicação contribuem para a realização do seu trabalho?	215
Gráfico 35 – Como se dá a comunicação entre você e as famílias do seu território? .	217
Gráfico 36 – emphComo você se comunica com a sua equipe?	220
Gráfico 37 – Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde? . .	223
Gráfico 38 – Quais as principais fontes de informação?	225
Gráfico 39 – Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?	227

Lista de tabelas

Tabela 1 – Construção da Saúde no Brasil	70
Tabela 2 – Síntese dos objetivos / métodos / técnicas e indicadores	172
Tabela 3 – Demonstrativo do conjunto de estratégias que possibilitam a identificação das necessidades informacionais	251

Lista de abreviaturas e siglas

AB	Atenção Básica
AC	Ancoragem
ACE	Agente de combate às endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AGU	Advocacia Geral da União
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida Humana
AMI	Alfabetização Midiática e Informacional
AMlAgente	Alfabetização Midiática e Informacional para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias
ANVISA	Agência Nacional da Vigilância Sanitária
API	Application Programming Interface
APS	Atenção Primária em Saúde
AVA	Agente de Vigilância Ambiental
BR	Brasil
CAMI	Certificação em Alfabetização Midiática Informacional
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CBN	Central Brasileira de Notícias
CEAM	Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CETIC	Centro Regional de Estudos para o Desenvolvimento da Sociedade da Informação
CF/88	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988
CFM	Conselho Federal de Medicina
CGI.Br	Comitê Gestor da Internet no Brasil
CHA	Conhecimentos, Habilidades e Atitudes

CI	Ciência da Informação
CML	Center for Media Literacy
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNN	Cable News Network.
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COINFO	Competência em Informação
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COVID-19	Corona Vírus
CaSAPS	Carteira de serviços da Atenção Primária à Saúde
DAB	Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde
DF	Distrito Federal
DNES	Divisão Nacional de Educação em Saúde
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSCSoft	Software para análise de discurso do sujeito coletivo
DZC	Dengue, Zika, Chikungunya
EC	Emenda Constitucional
ECH	Expressão Chave/ Expressões Chave
ENSP	Escola nacional de saúde pública
ESCS	Escola Superior de Ciências da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESP	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo
FCI	Faculdade de Ciência da Informação
FGV	Fundação Getulio Vargas
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA	Fundação Nacional de Saúde

G1	Grupo Globo
GT	Grupo de Trabalho
H1N1	INFLUENZA
HEMOBRAS	Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia
IAD	Instrumento de Análise do Discurso
IAPAS	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IBICT	Instituto Brasileiro de Informação em Ciência e Tecnologia
IC	Ideia Central
IDEIAS	Inclusão Digital e Educação Informacional para a Saúde
IEC	Informação, Educação e Comunicação
IES	Instituições de Ensino Superior
IFCN	International Fact Checking Network
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPDSC	Instituto de Pesquisa do Discurso Coletivo
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISBN	International Standard Book Number
ISSN	International Standard Serial Number
LABECOS/FS	Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde
LIRAA	Levantamento Rápido de Índices para o Aedes aegypti
Lance	Laboratório Nacional de Células-Tronco Embrionárias
MCTIC	Ministério da Ciência, Tecnologia, Inovações e Comunicações
MEF	Mobile Ecosystem Forum

MG	Minas Gerais
MI	Ministério da Integração
MP	Ministério Público
MS	Ministério da Saúde
Mcom	Ministério das Comunicações
NESP	Núcleo de Estudos de Saúde Pública
NIC.BR	Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPAS	Organização Panamericana da Saúde
OPAS/OMS	Organização Pan americana de saude/Organização Mundial de Saude
PAB	Piso de Atenção Básica
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAMI	Perfil do Agente de Alfabetização Midiática e Informacional
PEC	Proposta de Emenda à Constituição
PNCD	Programa Nacional de Controle da Dengue
PNL	Processamento da Linguagem Natural
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
PROIC	Programa de Iniciação Científica da UnB
PSE	Programa de Saúde na Escola
PSF	Programa de Saúde Da Família

RB	Rede Brasil
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAPS	Serviço de Alimentação da Previdência Social
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TED	Termos de Execução Descentralizada
TIC	Tecnologia da Informação e Comunicação
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UDF	Centro Universitário do Distrito Federal
UEPSF	Estudos e Pesquisas em Saúde da Família
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UF	Unidade Federativa
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UFPR	Universidade Federal do Paraná
UFS	Universidade Federal de Sergipe
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UNB	Universidade de Brasília
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
UOL	Universo Online
URL	Uniform Resource Locator (Localizador Padrão de Recurso)
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF	Unidade de Saúde da Família

UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTICS	Unidades de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde
WTO	World Trade Organization
XIX	Século 19
XVIII	Século 18
XX	Século 20
XXI	Século 21
ZDP	Zona de Desenvolvimento Próximo
e-SUS	Aplicativo do SUS

Sumário

	Apresentação	31
1	Introdução	35
1.1	Questões de pesquisa	42
1.2	Objetivos	43
1.2.1	Geral	43
1.2.2	Específicos	43
2	Revisão da Literatura	45
2.1	Ciência da Informação e Informação	45
2.2	Ciência da Informação e Desinformação	49
2.3	Política de informação	52
2.4	Qualidade da Informação	54
2.5	Requisitos de uma informação confiável	58
2.6	Competência em informação (ColInfo) - Conhecimento, habilidades e atitudes	60
2.7	A construção do SUS no Brasil	63
2.8	Literacia midiática	97
2.9	Alfabetização Midiática e Informacional - AMI	99
2.10	Disseminação de Desinformação na Saúde	113
3	Pesquisa em processo	115
3.1	Inovação e os desafios das novas Tecnologias da Informação e Comunicação	115
3.2	Trabalho em Grupo e equipe	116
3.3	Trabalho colaborativo	117
3.4	Redes e seus espaços	118
3.5	Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento	119
3.6	Estrutura da Rede Brasil	120
3.7	Rede Brasil – Construção da pesquisa Multicêntrica	121
3.8	Pesquisa Rede Brasil – Monitoramento e avaliação	125
3.9	Gestão da Informação e da Comunicação	130
4	Desinformação e Fake news no contexto da pandemia no Brasil	135
4.1	Introdução	135
4.2	Objetivos e etapas da pesquisa	136
4.3	Desinformação e estratégia para o enfrentamento	137
4.4	Desinformação durante a COVID-19 e as lições da gripe espanhola	139

4.5	O Coronavírus no Brasil e a proliferação das Fakes News	142
4.6	Desinformação e desalinhamento entre União e os estados	145
4.7	Desinformação e desconfiança da população	147
4.8	Análise da página do Ministério da Saúde	148
4.9	Resultados sobre análise do serviço de checagem do MS	150
4.10	Análise com os Checadores	151
4.10.1	Checador Boatos.org	152
4.10.2	Checador Fato ou Fake	155
4.10.3	Agência LUPA	156
4.11	Considerações	160
5	Percurso Metodológico	162
5.1	Os sujeitos da investigação	164
5.2	Cálculo amostral da pesquisa	165
5.3	Etapa Quantitativa da Pesquisa	167
5.4	Etapa Qualitativa da Pesquisa	169
5.5	O trabalho de campo	170
5.6	Análise e tratamento dos dados	172
5.7	Discurso do sujeito coletivo - DSC	176
5.7.1	O uso do Discurso do Sujeito Coletivo na análise dos dados	177
5.7.2	Como coletar dados por meio de entrevistas	179
5.7.3	Passo a passo para realizar o DSC	180
5.7.4	Software DSCsoft	183
6	Resultados e discussão	185
6.1	Apresentação dos resultados Quantitativos	186
6.2	Apresentação dos resultados Qualitativos	213
6.3	As descobertas dos objetivos da pesquisa	230
7	Conclusão	266
	Referências	285
	APÊNDICES	299
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista estruturada ACS e ACE	300
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada – ACE e ACS	325

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE	328
APÊNDICE D – Boletins informativo da pesquisa	330
ANEXOS	332
Anexo A - [Lembrete] Pesquisa Práticas dos ACE/ACS no Brasil . .	333
Anexo B - Plano Amostral da pesquisa ACS/ACE Brasil	334
Anexo C - Microsoft PowerBI	335

Apresentação

Relembro, com muita nitidez, da minha infância pobre no interior de Minas Gerais. Eu e minha família levávamos uma vida pacata, mas éramos felizes. Alguns assuntos eram comuns quando estávamos ao redor da mesa, na cozinha, momento em que os parentes relatavam como era o dia a dia das pessoas que ali viviam, de suas lutas para sustentarem os seus lares e prosperarem na vida. Nesses bate-papos, tinha algo que me fazia prestar ainda mais atenção ao que eles diziam, que era quando comentavam: “Lembra do filho do seu José? Pois é, após tanta luta, estudando na capital, formou-se, virou doutor, e voltou para sua terra. Agora, ele tem um consultório médico e, em retribuição à oportunidade que teve e ao conhecimento que adquiriu nos longos anos de estudos, atende gratuitamente as pessoas necessitadas. Muitas vezes, ele se desloca até a casa de algum enfermo que não pode sair do leito, que não tem condições de ir até o seu consultório para ser medicado.” Outras vezes, comentavam: “Lembra do filho do seu João? Formou-se! Hoje, ele é um advogado bem-sucedido e, assim como o filho do seu José, também ajuda as pessoas”. Cresci ouvindo estas histórias e, desde então, sempre trilhei o meu caminho pautado nestes valores. A voz do meu coração dizia que, no dia em que eu estivesse formado, poderia ajudar as pessoas da minha terra, e todos aqueles que não tiveram a mesma oportunidade que eu tive, a serem alguém na vida. Guardei na memória todos aqueles exemplos que ouvia na minha infância, mas as dificuldades que enfrentei foram mais fortes do que eu, fazendo com que, por um longo período, eu ficasse estagnado. Entretanto, nunca deixei de acreditar no que os meus parentes falavam. Eu sabia que, mesmo que levasse muito tempo, alcançaria o meu objetivo. Em meio às adversidades, fui seguindo a minha jornada e, aos 39 anos, concluí o Ensino Médio e foi com esta idade que consegui passar no vestibular e ingressei na universidade, me formando aos 43. Tão logo me graduei, fui aprovado no mestrado, etapa concluída aos 45 anos. Hoje, após ter passado por diversas experiências, reconheço que nem tudo o que busquei era o que Deus havia preparado para mim. Aprendi que não é possível ter tudo o que desejamos e, que, muitas vezes, é necessário renunciar a algumas coisas para conquistar outras. Em recompensa pela minha dedicação e esforço, fui honrado por Deus e recebi graças e bênçãos muito além do meu merecimento. Uma das maiores dádivas da minha vida é ver meus filhos, homens e mulher de bem, todos formados e trabalhando. Posso dizer que cumpri a minha missão paterna. Concluo a escrita deste pequeno texto, confirmando que meus pais tinham razão quando diziam que o caminho que leva à realização dos nossos objetivos é o conhecimento. E, para quem não acredita que isso seja possível, reafirmo que sim, você pode alcançar tudo aquilo em que, de fato, acreditar por meio do estudo. E, para provar o que eu disse acima, apresento mais uma graça de Deus em minha vida. Esta pesquisa é o resultado de um extenso e árduo trabalho que foi elaborado como parte do doutorado que estou concluindo na Universidade de Brasília - UnB. Olhando para trás, lembrando da fazenda onde nasci, daquele lugar árido e escasso,

onde tudo parecia impossível, devido às circunstâncias em que eu vivia, concluo que tudo na vida é possível, que basta ter Deus no coração, ser resiliente e ter fé, que alcançamos os nossos objetivos. Agradeço a todos os que acreditaram em mim e, também, aos que duvidaram de que eu seria capaz, pois todos vocês foram importantes, motivaram-me a permanecer nessa caminhada.

O encontro do autor com o tema do presente estudo científico se deu quando sua orientadora o questionou sobre o interesse em participar de um grupo de pesquisa na Faculdade de Saúde Coletiva da UnB. A sua resposta foi sim, uma vez que, ao ingressar no doutorado, tinha como propósito fazer um trabalho investigativo sobre Informação e Comunicação, com objetivo de evidenciar os termos desinformação e fake news. Com a proposta de realizar uma pesquisa na área da saúde, o doutorando poderia investigar, dentro do seu campo de formação (Ciência da Informação), os desafios enfrentados pelo Brasil com a disseminação de falsas notícias, por meio de um estudo desse tema no âmbito da saúde coletiva.

O desafio proposto pela orientadora foi que o aluno pesquisasse as ações do Ministério da Saúde em relação à propagação de fake news no contexto da pandemia da COVID-19. Para entrar em contato com o tema da pesquisa, o doutorando fez uma análise em uma página denominada “Saúde m Fake News” e constatou que as informações ali publicadas deixavam muito a desejar quanto às orientações sobre a pandemia e também sobre outras doenças infecciosas como Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela (DZC).

A partir desta consulta ao site do Ministério da Saúde (MS), o estudante fez um levantamento das informações ali disponíveis, passando-as pelos checadores de notícias acessíveis nas plataformas digitais, com o intuito de averiguar se o foco era o mesmo desses conteúdos, e constatou que o MS não atendia, sequer em um terço, das mensagens checadas em relação às notícias falsas sobre a pandemia e, também, em termos de orientações aos usuários dos serviços de saúde. Foi realizada outra pesquisa em um grupo oficial do Whatsapp (Chatbot), também do MS, e o resultado foi idêntico à análise anterior, além de confirmar que esse órgão não cumpria, em termos de respostas aos questionamentos, requisitos indispensáveis para evitar a propagação de notícias falsas.

A constatação de que as fontes de consultas a notícias sobre a pandemia, disponíveis pelo Governo, por meio do MS, não eram completas e atualizadas no que tange aos temas em circulação, fez com que o aluno percebesse os desafios, as dificuldades que os ACSs e ACEs deveriam estar enfrentando em relação ao impacto da desinformação nas comunidades e sua dificuldade na busca por informações provenientes de bases seguras, as quais pudessem aplicar em suas rotinas de trabalho junto às comunidades em seus territórios de abrangência.

Diante desse cenário, observou-se a necessidade de desenvolver a presente pesquisa, com o objetivo de identificar quem são os Agentes de Controle de Endemias (ACEs) e os Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e como esses profissionais estão enfrentando

esse novo desafio no âmbito da saúde coletiva no Brasil, onde a informação ou a desinformação impactam as atividades e o processo comunicativo com as comunidades sob seus cuidados.

Nesse sentido, o objetivo do autor deste estudo científico é contribuir para a diminuição dos efeitos da desinformação no contexto da saúde coletiva, propondo o desenvolvimento de instrumentos que possam auxiliar no aprimoramento das competências e práticas dos profissionais que atuam como Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias dispersos por todas as regiões do país.

Para a elaboração desta tese, o autor adotou a estrutura de sete capítulos, para melhor organização do conteúdo e compreensão do leitor em relação ao tema estudado:

O capítulo 1 contém a Introdução, alguns conceitos iniciais referentes à Informação, Educação e Comunicação em Saúde e também discorre sobre Desinformação, Alfabetização Midiática e Informacional, Competência Informacional, Programa de Agentes Comunitários de Saúde e sobre o Sistema Único de Saúde, como elementos essenciais para a construção do objeto do presente estudo. Nesta parte inicial é apresentada a justificativa, destacando o motivo e a importância de realizar um estudo científico a partir do tema em questão, além de abordar as questões de pesquisa e os objetivos geral e específicos. Ainda na introdução, o autor contextualiza o entendimento comum sobre os termos informação e desinformação, além de ressaltar os avanços da Ciência da Informação e Comunicação no sentido de fornecer instrumentos/ferramentas que auxiliem a população, de um modo geral, no enfrentamento desse grande desafio que é conter a disseminação de falsas notícias no âmbito da saúde coletiva. Para fundamentar as suas percepções, o pesquisador tomou como referencial teórico autores que têm realizado estudos aprofundados nessas áreas, tais como: Capurro, Wardle, Saracevic, Belluzzo, Sousa, Mendonça, Torres, Ignarra, Wilson, Simeão.

O capítulo 2 vai abordar os conceitos gerais e a revisão da literatura, com análise do contexto histórico, social, econômico, político e cultural dos ACSs e ACEs, com destaque para os termos Ciência da Informação e Informação, Ciência da Informação e Desinformação, Política da informação, Qualidade da Informação, Requisitos de uma Informação Confiável, Competências em Informação, a Construção Coletiva do SUS e a Saúde no Brasil, o PACS e o Agente Comunitário de Saúde (ACS) e o agente de Combate às Endemias (ACE), Informação, Educação e Comunicação em Saúde – IEC, Literacia Midiática, Alfabetização para a Educação Midiática, Alfabetização Midiática e Informacional - AMI, Alfabetização para a Educação Midiática – Um modelo para a comunidade, Competência em Informação, Competência Midiática e Disseminação de Desinformação na Saúde. Todas estas abordagens estarão devidamente acomodadas à análise explicativa do objeto e dos objetivos específicos do tema estudado, de forma a evidenciar que esses temas, cada um na sua especificidade, são amplos e complexos e que se adequam como referência para validação dos argumentos teórico-práticos que embasam essa pesquisa.

O capítulo 3 apresenta a Pesquisa em Processo, descrevendo uma rede de pesquisadores trabalhando em grupo, de forma colaborativa para a composição, a estrutura e a concepção metodológica empregada na construção da base teórica e na execução das etapas de investigações que resultaram nas abordagens que embasam o estudo científico intitulado “UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL - PRÁTICAS ACS/ACE NO BRASIL”, que é a matriz, a pesquisa-mãe que deu origem a esta tese de doutorado.

O capítulo 4 apresenta a investigação que originou essa tese, realizada com o objetivo de avaliar o serviço de informação da página do Ministério da Saúde do Brasil, buscando constatar falsas informações sobre a pandemia para confrontá-las com as falsas informações identificadas nos “Checadores”, que corroboram para mensurar o impacto da Desinformação e das fake news no contexto da saúde coletiva no Brasil. Descreve o cenário da Pandemia, as Fake News e o Site Ministério da Saúde, responsável pela desinformação publicada pelo Governo, destacando o que as autoridades de saúde fizeram ou deixaram de fazer em relação ao combate à disseminação de notícias falsas sobre a COVID-19.

O capítulo 5 apresenta a concepção metodológica empregada na construção da base teórica e na execução das etapas de estudos que embasam a presente tese de doutorado. Etapa em que foram definidos os caminhos a serem seguidos durante a realização do processo investigativo, tais como: (1) definição dos sujeitos da investigação; (2) cálculo amostral da pesquisa; (3) etapa quantitativa e qualitativa da pesquisa; (4) trabalho de campo, análise e tratamento dos dados; (5) Discurso do Sujeito Coletivo - DSC.

O capítulo 6 apresenta e contextualiza os resultados e discussões, as descobertas dos objetivos da pesquisa do levantamento nacional sobre o perfil dos ACSs e ACEs, a partir da avaliação do Discurso dos Sujeitos Coletivos (DSC), correlacionando a importância desse trabalho para a melhoria das práticas e atuação desses agentes junto às populações por eles atendidas.

O capítulo 7 contém a conclusão da pesquisa, as considerações do autor da presente tese acadêmica em relação ao tema escolhido, que tem o objetivo de apresentar um estudo sobre a Ação Comunicativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate às Endemias (ACE) no Brasil, a partir de uma investigação sobre a Desinformação no contexto da saúde coletiva.

O trabalho é finalizado com as sugestões do autor para trabalhos futuros, além de uma proposta para que o Governo institua uma agenda de Alfabetização Midiática e Informacional no país, sob a denominação de Certificação em Alfabetização Midiática e Informacional (CAMI) no contexto da saúde coletiva. Consta também as referências bibliográficas utilizadas para elaboração da tese que é parte integrante da fundamentação teórica da pesquisa. Em seguida, são apresentados os apêndices e os anexos referentes a essa pesquisa científica, dando por concluída esta tese de doutorado.

1 Introdução

As relações interpessoais acontecem, nos tempos atuais, em um mundo totalmente conectado, com informações em abundância compartilhadas em vários meios de comunicação, principalmente pelas mídias sociais. É nesse ambiente que surge a necessidade de desenvolver novas competências para interpretar a qualidade e a veracidade das notícias que são divulgadas e que estão disponíveis para acesso irrestrito a todo usuário que dispuser de um equipamento eletrônico com acesso à Internet.

É nesse contexto, no intuito de oportunizar segurança e eficácia na identificação do teor de uma notícia, que a Ciência da Informação entra na temática deste estudo sobre a Ação Comunicativa do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate à Endemias (ACE) no Brasil, com vistas a combater as falsas notícias que possam dificultar a comunicação comunitária desses profissionais com as comunidades de seus territórios de atuação.

Objetiva-se, a partir desse estudo, ampliar a abrangência e ressaltar a importância de criar ferramentas que ofereçam recursos que auxiliem os estudiosos interessados em combater a Desinformação e seus efeitos nocivos sobre a sociedade. Saracevic (1995) afirma que as novas Tecnologias da Informação e Comunicação estão definitivamente atreladas à Ciência da Informação, colaborando na resolução de problemas, inclusive relativos à elaboração e veiculação de notícias no ambiente digital. Para ele, a Ciência da Informação tem oscilado entre o humano e o tecnológico, porém os assuntos principais prendem-se às esferas sociais, políticas, econômicas e culturais .

Considerando que qualquer cidadão conectado a uma rede de comunicação tem acesso irrestrito aos canais de disseminação da informação e, por se tratar de um assunto de interesse público e que abrange todas as esferas da sociedade, faz-se necessário criar políticas que estruturam as normas e diretrizes, no que se refere ao tema do presente estudo.

Além da questão relativa ao acesso irrestrito às notícias que são veiculadas nos meios de comunicação, outro aspecto muito preocupante para quem lida com a segurança da informação é a qualidade do que é noticiado. A interpretação que o usuário faz do conteúdo ao qual ele tem acesso pode levá-lo a tomar uma decisão assertiva ou equivocada em relação a assuntos relevantes.

A internet, em especial os sites e aplicativos que operam em diversos níveis, propagando notícias pelo ciberespaço, e as mídias sociais, são locais onde ficam armazenadas as informações que os estudiosos acessam para auxiliá-los em suas pesquisas e trabalhos acadêmicos, cujos dados embasam e validam os estudos científicos. Mesmo que, num primeiro momento, esses recursos tecnológicos sejam considerados meios seguros e eficazes de obtenção de informações, o ambiente virtual pode representar uma cilada pois, muitas vezes, ao invés de conter notícias de cunho informativo, o que, de fato, acontece é que os

conteúdos disponíveis em plataformas digitais podem estar fundamentados em fontes não confiáveis.

Trazendo esta abordagem para o tema do presente estudo, que centra-se na área da saúde coletiva, em especial na atuação do ACS e do ACE, ressalta-se que são os espaços virtuais que oportunizam a esses profissionais obterem as informações que dão suporte e apoio para o desempenho de suas atividades.

Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS¹), em 1990, a população brasileira passou a ter acesso integral aos programas de Atenção Básica à Saúde. Desde então, muitos esforços têm sido feitos por parte do Governo, no sentido de disponibilizar a todos os indivíduos, desde um simples atendimento para avaliação de pressão arterial, até procedimentos complexos como transplantes de órgãos. Além de dar suporte amplo à comunidade por meio da rede hospitalar pública, o SUS é responsável por criar vários programas de saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro como, por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), tema que faz parte desta tese.

Há mais de quatro décadas, em setembro de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou, na cidade de Alma-Ata (atual Almati), na República do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre cuidados Primários da Saúde. No documento intitulado “A Declaração de Alma Ata” que contém em seu escopo a síntese do que foi proposto na referida conferência, estão expressas dez iniciativas que os Governos de todas as partes do planeta deveriam implementar, com urgência, especialmente nos países em desenvolvimento, com vistas a promover, a criar mecanismos capazes de garantir a paz mundial, e que as populações de todo o mundo tenham qualidade de vida.

É responsabilidade dos Governos de todas as nações assistirem seus habitantes em termos de saúde coletiva, no que se refere a questões sanitárias e sociais, e os cidadãos têm o direito de cobrar de seus representantes que cumpram esse papel.

Apesar de todos os esforços, especialmente da OMS e da ONU em termos de elaborar documentos contendo iniciativas e propondo aos governantes a criação de mecanismos que garantam o bem-estar social, no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil, ainda há muito a ser feito (OMS, 1978).

O cumprimento do que preconizam as ações da APS evidenciou-se como uma das estratégias fundamentais para alcançar o ideal de “Saúde para todos” até o ano 2000, que é um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU. Nesse documento, a APS está caracterizada como o primeiro nível de atenção em saúde, sendo uma espécie de filtro, no sentido de estruturar o fluxo de serviços e atendimentos nas redes de saúde.

1

A criação do SUS, representou uma grande transformação no sistema de saúde do Brasil. Mas, colocar em funcionamento esse órgão e formular as suas políticas não é uma tarefa simples. Desde que foi implementado até os dias atuais, o SUS carrega em seu âmago muitos debates e discussões acerca de suas bases.

Outro progresso, em termos de promoção de iniciativas voltadas à saúde coletiva no Brasil, foi a implementação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que introduziu o ACS nas equipes de Atenção Básica à Saúde, com o objetivo de levar as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, onde as pessoas são atendidas em suas residências. Desse modo, é possível integrar indivíduos, famílias e comunidades, conectando-os aos serviços de saúde localizados nas proximidades de suas casas (SOUSA, MENDONÇA, LINHARES, 2011).

Todavia, para que o PACS alcance o resultado para o qual foi criado, é imprescindível que o Agente Comunitário de Saúde desempenhe a sua função, de modo a cumprir a missão a ele conferida, desenvolvendo ações e propondo atividades que levem mais qualidade de vida às pessoas, visando a promoção e proteção à saúde individual e coletiva e, também, a mobilização e participação das famílias e demais membros das comunidades para que se cumpram os objetivos do programa.

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou, no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF). A partir desta iniciativa, o PACS foi beneficiado com a introdução de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem formando, a partir daí, uma equipe de profissionais que passou a atuar em conjunto com os ACS nas localidades assistidas por esses agentes.

O PSF foi uma estratégia elaborada pelo Governo com o intuito de reverter o modelo assistencial até então vigente, onde predominava o atendimento à saúde da população apenas em situação de emergência, quando o indivíduo já estava enfermo. Com os parâmetros estabelecidos por esse novo programa, a família passou a ser vista como prioridade em termos de Atenção Básica à Saúde.

A partir daí, houve uma reorganização no modelo assistencial de saúde, que antes era focado na doença e no médico, e não na pessoa como sujeito de direitos, além de desconsiderar a importância de uma equipe de saúde atuando junto à população.

Porém, com a reestruturação do PACS, o rol de atribuições dos ACS foi ampliado, gerando uma sobrecarga nas atividades desempenhadas por esses agentes.

Houve, também, inovação nos conceitos referentes à Vigilância em Saúde, com a adoção dos fundamentos e estratégias que embasam as Ciências Sociais em Saúde, especialmente em se tratando de epidemiologia e do planejamento de ações neste campo. Novos parâmetros foram estabelecidos com o intuito de reorientar as práticas em saúde coletiva e desenvolver mecanismos de promoção do bem-estar, proteção e assistência à população, visando assegurar a integralidade da Atenção Básica em Saúde.

Como consequência de todo esse processo de criação, por parte do Governo, da ONU e da OMS, de mecanismos e políticas voltadas às questões de saúde coletiva, foi

elaborada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, na realidade, trata-se de uma evolução do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, que tem por finalidade atuar na prevenção de doenças e na vigilância e promoção de práticas voltadas a dar suporte integral à população brasileira, em termos de saúde coletiva. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Apesar de todos esses esforços, existe um grande desafio que os agentes de saúde precisam enfrentar que é a interdisciplinaridade. Para realizarem um trabalho conciso, os ACS e ACE deveriam passar por um processo de capacitação mais abrangente, com reorientação das práticas desses profissionais nas dimensões da Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Pois esses profissionais devem sempre está preparado para atuarem na promoção da saúde e prevenção de doenças (Miareli, 2012).

A atividade desempenhada pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) requer que esse profissional detenha conhecimentos que o habilitem a fazer uso de diversas informações. Com diferentes competências e habilidades, adquiridas ao longo de sua formação e experiência profissional, o ACS é um comunicador em potencial. O objetivo do trabalho do ACS, é informar e incluir ações básicas de saúde nos núcleos familiares, priorizando o atendimento materno-infantil. Desse modo é estabelecida, de maneira estratégica, uma ação de saúde dirigida aos indivíduos em seus ambientes familiares. Escolhidos entre os moradores de cada localidade, os ACS tem vínculos com a comunidade.

Com a implementação dessa ação, foram formadas equipes de Saúde da Família com o propósito de reestruturar o programa de Atenção Básica da Saúde. Esses grupos de trabalho eram compostos por, no mínimo, um médico com especialidade em pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia, um enfermeiro, além de um técnico de enfermagem e de um ACS. (OPAS, 2018).

A partir da criação deste formato de atendimento, o ACS, sob orientação de um supervisor, enfermeiro ou médico da equipe de Saúde da Família, passou a realizar visitas domiciliares, mapeando as necessidades da população e produzindo informações com o objetivo de dimensionar os principais problemas de saúde enfrentados por sua comunidade.

Outro profissional que atua na área de Saúde da Família é o Agente de Combate às Endemias (ACE). Sua função é de fundamental importância no que se refere à vigilância sanitária e implementação de ações em saúde pública voltadas ao controle de endemias e epidemias no Brasil. Esse agente está diretamente ligado às equipes de Atenção Básica da Saúde conforme o que está previsto nas diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), atuando na vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. (TORRES, 2009). Esse profissional destaca-se pela necessidade da sua presença em diversos ambientes, atuando no controle vetorial, tanto na zona urbana quanto rural, em todo o território brasileiro.

No contexto da saúde coletiva, o ACS e o ACE podem representar o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde atuam, pois possuem conhecimentos que os habilitam a selecionar informações a partir de fontes confiáveis e, com isso, garantir qualidade

na comunicação comunitária. Além de orientar a população em relação à proliferação de doenças, o trabalho desses profissionais contribui para diminuir a propagação de falsas notícias veiculadas nas redes sociais e em outros meios de comunicação, minimizando medos e incertezas da população em relação a crises sanitárias. Tema que, atualmente, carece de muita atenção, que é o enfrentamento da pandemia do Covid-19..

Entretanto, há uma diferença entre ter acesso às Tecnologias da Informação e Comunicação² (TIC), à internet, por meio das redes sociais e suas mídias, e saber pensar criticamente, criar, inovar e posicionar-se eticamente nesses espaços em que as informações são veiculadas. Nesse sentido, as competências informacionais surgem como meio de capacitar esses profissionais que atuam na área de saúde coletiva, levando-os a serem profissionais mais críticos, conscientes sobre fontes de informação, comunicadores eficazes e cidadãos ativos junto às populações por eles atendidas.

É importante ressaltar que a UNESCO, em cumprimento a um dos seus objetivos que consiste em atender as nações partícipes de suas políticas e incentivos para a melhoria da qualidade de vida de uma sociedade, lançou, em 2016, um currículo para professores, com a finalidade de preparar educadores para atuarem na Alfabetização Midiática e Informacional (AMI). Trata-se de um conteúdo cujo teor é flexível, de modo a permitir que se adapte o material didático às necessidades de escolas, comunidades e instituições que tenham interesse pelo tema. Para que o processo de formação de profissionais para esta nova disciplina se enquadre nos moldes da AMI, é necessário que haja instrumentos para avaliar os resultados das competências necessárias para os profissionais que atuarão nesta área.

Alguns estudiosos já envidaram esforços no sentido de buscarem formas de avaliar as competências em informação. É o caso de Belluzzo (2007) que, buscando consolidar a união entre as áreas de Informação, Comunicação e Educação, combinou um modelo, com cinco categorias, para mensurar os padrões e indicadores de competência em informação e competência midiática específicas para o Brasil.

A implementação das ações de Informação, Educação e Comunicação (IEC) na saúde foi aprovada junto ao Conselho Nacional de Saúde, Tema 3³ - Modelo de Gestão em Saúde, em setembro de 1996. Esse documento, intitulado *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, elaborado a partir dos estudos de IGNARRA (1996), contempla informações sobre a Educação em Saúde,

2

Tecnologia da informação e comunicação (TIC) pode ser definida como um conjunto de recursos tecnológicos, utilizados de forma integrada, com um objetivo comum. As TICs são utilizadas das mais diversas formas: na indústria (no processo de automação), no comércio (no gerenciamento, nas diversas formas de publicidade), no setor de investimentos (informação simultânea, comunicação imediata) e na educação (no processo de ensino aprendizagem, na Educação a Distância). (<http://www.infoescola.com>)

3

MS – CNS – Relatório final da 10^a Conferência Nacional de Saúde, Brasília. Ministério da Saúde, 1998.

fundamentadas em fatores epidemiológicos que evidenciam que esta temática deve ser abordada de modo estratégico, uma vez que visa a promoção da saúde e a prevenção das doenças em todos os níveis abrangidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Ainda de acordo com Belluzzo (2007), atualmente exige-se dos usuários das TIC's que estes tenham competências para interpretar a informação, no sentido de perceberem se os conteúdos publicados nos meios de comunicação são reais, verídicos, neutros ou eivados de opiniões dos autores. Nesse sentido surgem as competências em informação e as competências midiáticas como meios de oportunizar a criação de novos conhecimentos a partir dos quais será possível interpretar e compreender o teor das notícias que são acessadas por meio da Internet.

As Tecnologias da Informação e Comunicação potencializaram a forma como os indivíduos adquirem conhecimentos e, conseqüentemente, o modo como a informação é propagada, principalmente por meio das mídias sociais. Devido à interpretação equivocada do conteúdo veiculado na Internet, originou-se um novo fenômeno, no contexto da Informação, denominado "Fake news", ou Falsas Notícias, termo que será tratado aqui como Desinformação, conforme Capurro (1991).

Considerando a relevância do tema que norteia o presente estudo e tendo a Ciência da Informação, amparada em Saracevic (1995) e em outros pesquisadores como mediadora, no sentido de criar ferramentas e propor soluções para conter os problemas decorrentes da má interpretação da informação, conclui-se que é possível trilhar, de forma assertiva, um caminho para interpretar o impacto das notícias falsas no contexto da saúde, mais especificamente em relação à atuação dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Combate às Endemias (ACE).

O trabalho executado pelos ACSs e ACEs é imprescindível no âmbito do SUS, da ABS e ESF, por isso, esses profissionais tornaram-se atores de suma importância para as comunidades que utilizam os serviços oferecidos pelo SUS, dispersas por todas as regiões do país. As competências desses agentes, adquiridas na prática, por meio da realização de atividades em parceria com as equipes de saúde e na atuação junto às comunidades por eles assistidas, os transformam em multiplicadores de conhecimentos. Mais do que isso, esses profissionais exercem as suas profissões com sensibilidade e empatia ao se depararem com os desafios enfrentados pelas famílias das localidades onde atuam, comportamento que se justifica pelo fato de conhecerem as realidades dessas populações.

Por causa do vínculo e da confiança estabelecida entre os agentes e as famílias por eles atendidas, esses profissionais tornaram-se responsáveis por levar até as pessoas sob seus cuidados informações confiáveis em termos de saúde coletiva, especialmente em relação ao enfrentamento da pandemia causada pela COVID-19.

Considerando-se que o trabalho dos ACSs e ACEs é essencial diante dos desafios enfrentados pelas populações assistidas pelo Programa Saúde da Família, é possível de-

duzir que aliar as competências desses agentes aos campos das teorias que embasam disciplinas como a Ciência da Informação e Comunicação, Tecnologia da Informação e Comunicação como meio de implementar melhorias que favoreçam as práticas de comunicação comunitária pode ser a chave para o enfrentamento da Desinformação.

Com a realização desta pesquisa, pretende-se contribuir para a diminuição dos efeitos da desinformação no âmbito da saúde coletiva. O intuito é propor no futuro a atualização das práticas de comunicação comunitária dos agentes de saúde e assim colaborar para o enfrentamento da desinformação no contexto da saúde coletiva no Brasil.

Com esta iniciativa, a ciência estará contribuindo para a melhoria dos processos, no que se refere a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), os quais abrangem indivíduos, famílias e comunidades atendidas pelo SUS.

A justificativa para a realização desta pesquisa ancora-se na necessidade de fazer um diagnóstico situacional (levantamento) do perfil social, demográfico, econômico, cultural e profissional dos ACSs e dos ACEs, bem como, de caracterizar o escopo de atuação e das práticas decorrentes do trabalho desses agentes de saúde. Para tanto, foram considerados os diferentes contextos onde são desenvolvidas suas atividades. O intuito é analisar a efetividade das ações-atividades desenvolvidas pelos ACSs/ACEs, levando em consideração a diversidade e complexidade dos territórios onde atuam prestando atendimento às famílias e demais moradores das comunidades locais, de modo a fazer um levantamento dos desafios e das potencialidades existentes, coletando os dados com base em conhecimentos técnico-científicos.

Em todo o território brasileiro, os ACSs/ACEs são os responsáveis por fazer chegar até as famílias e demais membros das comunidades de todas as localidades atendidas pelas equipes de Atenção Básica da Saúde, informações confiáveis que possam auxiliar a população neste momento em que o Brasil carece de suporte para o enfrentamento dos desafios decorrentes da pandemia que, devido à gravidade com que atingiu o país, será, provavelmente, a maior crise sanitária deste século.

Essa pesquisa partiu de um estudo que teve por objetivo avaliar o serviço de informação da página do Ministério da Saúde do Brasil (Capítulo 4), identificando falsas informações sobre a pandemia para confrontá-las com as falsas informações identificadas por “checadores”, que corroboram para identificar o impacto da desinformação no contexto da pandemia no Brasil. No Site do MS, registrou-se um maior número de mensagens sobre cura e tratamento (COVID-19), apesar de não haver nenhuma observação sobre os procedimentos de averiguação ou de alertas e orientações corretas para prevenção ou acesso a fontes de informação confiáveis.

Diante das dificuldades enfrentadas durante a pandemia, não houve uma gestão centralizada e propositiva por parte do Ministério da Saúde, devido à escassez de recursos e de insumos para apoiar os municípios, o que provavelmente dificultou as ações desses agentes de saúde. A Covid-19 tem causado danos assustadores às populações de todas as

regiões do Brasil, devido ao contágio acelerado do vírus que propaga a doença, causando preocupação a todos os profissionais de saúde.

Trazendo a questão do enfrentamento da crise sanitária causada pela pandemia para o contexto desse estudo, e considerando a atuação estratégica do ACS/ACE, profissionais que detêm conhecimentos das áreas de Saúde Coletiva, é necessário ressaltar que esses agentes precisam estar sempre atualizados para que haja uma comunicação comunitária eficiente.

Além dos conhecimentos relativos às áreas citadas, é necessário que os ACSs e ACEs sejam capazes de realizar um diagnóstico amplo das áreas por eles atendidas, de modo a obter uma compreensão multidisciplinar sobre a realidade observada. Para que esses agentes possam atuar com eficácia, é preciso que estejam atualizados, constantemente, em relação aos métodos e práticas de suas atividades e, também, em termos de conhecimentos específicos de suas profissões, além de dominar a comunicação comunitária.

No intuito de criar ferramentas que auxiliem no enfrentamento da crise sanitária causada pela pandemia, para que seja possível avaliar o impacto da desinformação no contexto da crise sanitária, a pesquisa busca analisar a atuação dos ACSs/ACEs. Com os resultados obtidos a partir desse estudo, pretende-se colaborar para a melhoria da qualidade do trabalho desses agentes e também criar canais que os possibilite adquirir saberes no contexto da ColInfo, que os tornem mais capacitados para atuarem junto à população. Desse modo, poderão levar a todas as comunidades atendidas pelas equipes de Atenção Básica de Saúde, mais conscientização em relação aos cuidados que devem ter na pós-pandemia, no sentido de adotar medidas que garantam a qualidade de vida e o correto entendimento das ações efetivas que devem ser observadas em relação aos impactos da atual crise de saúde que, inevitavelmente, serão enfrentados num futuro próximo.

1.1 Questões de pesquisa

Conforme descrito anteriormente, em cumprimento a de um dos seus objetivos que consiste em atender as nações partícipes de suas políticas e incentivos para a melhoria da qualidade de vida de uma sociedade, a UNESCO lançou, em 2016, um currículo para professores. Trata-se de um documento que descreve habilidades e atitudes voltadas à valorização do papel das mídias e de outros meios de divulgação de informações, incluindo a Internet, que visa unificar a alfabetização informacional e a alfabetização midiática por meio da implementação de uma nova disciplina, denominada Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), na grade curricular.

Vários países já estão implementando as diretrizes relacionadas à AMI, inserindo este tema na área de Tecnologia da Informação e Comunicação (TIC). Por esse motivo, um

dos objetivos, ao realizar o presente estudo, é sugerir a inserção desse currículo no Brasil, como uma opção de aquisição de novos saberes.

Considerando a relevância de envidar esforços para minimizar os efeitos da desinformação no contexto da saúde, formulam-se as seguintes questões de pesquisa:

- 1) A prática dos ACSs e ACEs é impactada com a desinformação no âmbito da saúde pública? Em que proporção esses impactos afetam a atuação desses profissionais ?
- 2) Como melhorar os processos de capacitação no PACS para aquisição de conhecimentos que qualifiquem os agentes para atuarem no enfrentamento da desinformação no contexto da saúde coletiva?

1.2 Objetivos

1.2.1 Geral

Realizar um diagnóstico situacional () de perfil e contexto dos ACS e ACE para entender como são desenvolvidas as ações comunicativas nas atividades com as equipes no âmbito da Atenção Básica da Saúde (ABS) e Estratégia Saúde da Família (ESF), junto as comunidades, nas áreas de atuação nos municípios brasileiros.

1.2.2 Específicos

Os objetivos específicos que se pretende alcançar, com a realização desta pesquisa, são:

- 1) Caracterizar o perfil social, demográfico, econômico, cultural e profissional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS);
- 2) Contextualizar os cenários onde acontecem as práticas profissionais dos ACEs e ACSs, segundo tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE);
- 3) Descrever as concepções e práticas desenvolvidas pelos ACEs e ACSs, correlacionando-as aos perfis e aos cenários de atuação desses agentes em diferentes municípios, estados e regiões brasileiras;
- 4) Mapear os fluxos formais de informação nos diferentes ambientes de atuação dos ACEs e ACSs, bem como os instrumentos utilizados para coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação do conhecimento por meio da

comunicação comunitária, objetivando criar estratégias e/ou ferramentas de apoio ao desenvolvimento de suas atividades cotidianas e que possam auxiliá-los em tomadas de decisões;

- 5) Compreender quais são as modalidades práticas baseadas em Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal) desenvolvidas pelos ACEs e ACSs e qual a influência desses conhecimentos na efetividade do trabalho que realizam junto às equipes de Atenção Básica de Saúde, segundo as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no apoio e orientação das famílias e demais membros das comunidades onde atuam;
- 6) Verificar quais são as estratégias e os instrumentos utilizados pelos ACEs e ACSs para colocarem em prática os seus conhecimentos sobre Informação, Educação e Comunicação em Saúde, na perspectiva de prevenção e promoção da saúde coletiva;
- 7) Propor, a partir do levantamento das lacunas observadas com a realização desta pesquisa, a elaboração de um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação das necessidades informacionais dos ACEs e ACSs, com o intuito de melhorar as suas práticas profissionais;
- 8) Elaborar sínteses baseadas em evidências científicas, a partir do conhecimento produzido com esse estudo, que possam subsidiar os tomadores de decisão em saúde (gestores e profissionais de saúde) e também a comunidade, de um modo geral, com vistas a minimizar os efeitos da desinformação no contexto da Atenção Básica da Saúde (ABS) âmbito do SUS.

Essas questões justificam e nos orientam na pergunta central do estudo: A prática dos ACSs e ACEs é impactada com a desinformação no âmbito da saúde pública? Em que proporção esses impactos afetam a atuação desses profissionais? Partindo dessa questão, desenhou-se o objetivo geral dessa Tese que se propõe a realizar um diagnóstico situacional (levantamento) de perfil e contexto dos ACS e ACE para entender como são desenvolvidas as ações comunicativas nas atividades com as equipes e comunidades, no período de 2020 a 2021.

2 Revisão da Literatura

Partindo-se do pressuposto de que a Ciência da Informação pode indicar caminhos e contribuir para conter o avanço da Desinformação no contexto atual da pandemia causada pelo coronavírus, o objetivo, com a realização desse trabalho acadêmico, é fortalecer a atuação dos ACSs e ACEs, em suas atividades práticas, desenvolvendo ferramentas que possam auxiliá-los na formulação de conteúdos e no tratamento e disseminação de informações. Com isso, poderão garantir qualidade na comunicação comunitária e evitar a proliferação de falsas notícias, além de contribuírem para enfrentar assertivamente o medo e a insegurança da população, frente às questões relacionadas à saúde coletiva.

2.1 Ciência da Informação e Informação

De acordo com Borko (1968), a Ciência da Informação é interdisciplinar, pois a análise da informação envolve a realização de processos de investigação que abrangem as propriedades e o comportamento, as forças que regem o fluxo informacional e os meios de processamento da notícia para que haja a otimização do seu acesso e consequente uso. Nesse sentido, esta ciência centra-se na origem, coleta, organização, armazenamento, recuperação, interpretação, transmissão, transformação e utilização da informação.

Trazendo as contribuições de Borko para o presente trabalho científico, faz-se necessário ressaltar que seus estudos propiciam ao investigador obter uma visão interdisciplinar sobre a Ciência da Informação, pois suas abordagens perpassam outras áreas do conhecimento quando se trata da Informação. A perspectiva tecnológica pela qual ele enxergou esta disciplina teve por finalidade, não somente acrescentar mais informações às bases da CI, mas, principalmente, a acessibilidade e a usabilidade da informação.

Saracevic (1995) amplia esse conceito ao afirmar que a Ciência da Informação tem característica interdisciplinar por estar conectada à tecnologia e ser um meio de favorecer e de oportunizar condições para a evolução da sociedade da informação. Para ele, os estudiosos do campo da CI enfrentam três grandes desafios em suas pesquisas.

O primeiro entrave está relacionado às mudanças sociais contemporâneas, uma vez que o conhecimento e a informação estão se tornando a base, a principal referência para a economia e para as relações sociais em todos os âmbitos.

O segundo obstáculo é a Revolução Tecnológica, pois este é um campo que está em constante evolução, disponibilizando diversos serviços, produtos, sistemas e redes de acesso à informação em uma velocidade cada vez mais acelerada, o que faz com que haja a necessidade de desenvolvimento de infraestrutura para dar suporte a estas demandas e, também, de criar novos métodos de aquisição de conhecimentos.

O terceiro ponto que dificulta o trabalho do pesquisador refere-se ao aspecto interdisciplinar, onde as áreas de conhecimento que lidam com problemas informacionais

precisam buscar, sempre, alguma alternativa para superá-los. Saracevic (1995) afirma que as novas tecnologias da informação estão definitivamente atreladas à Ciência da Informação, colaborando para a resolução de problemas. Para o teórico, a Ciência da Informação tem oscilado entre o humano e o tecnológico, porém as questões principais prendem-se às esferas do social, do político, do econômico e do cultural. Saracevic (1999, p.1052) postulou que “a ciência da informação tem uma forte dimensão social e humana, acima e além da tecnologia”. Ainda, de acordo com Saracevic (1995) a “Informação está relacionada ao conceito de relevância. Conhecimento relevante melhora a qualidade dos processos comunicacionais e propicia a comunicação seletiva e orientação ao usuário, tornando-se proeminente à medida que gera mudanças”.

A importância do trabalho desse estudioso para a presente pesquisa está em suas contribuições sobre o uso da tecnologia como mola propulsora da sociedade da informação. Porém, cabe ressaltar que os enfoques principais dos seus estudos centram-se na preocupação com as relações sociais, nos serviços proporcionados pela tecnologia e nas possibilidades que os profissionais dessa área têm de lidar com qualquer tipo de problema informacional.

Brookes (1980), por sua vez, afirma que o conceito de Informação dificulta o trabalho do cientista teórico. Partindo do senso comum, pode-se pensar que a Informação é uma entidade que se difunde por toda a atividade humana. Para o leigo é difícil observar o fenômeno de forma isolada, destacado da exigência do método científico tradicional.

Em seus postulados, Brookes (1980) apresenta uma fórmula para representar modelos mentais que são transformados durante o processo informacional, onde: $K(S) + I = K(S + S)$, sendo S uma estrutura de conhecimento, e I é um indicador do efeito da modificação. O teórico considera ser importante entender as interações sociais no contexto da informação e do conhecimento, pois, em sua concepção, a informação é aquilo que altera a estrutura do conhecimento. O Conteúdo tem sentido e significado apenas para um ente receptor que seja capaz de interpretá-lo, gerando conhecimento. O destaque do trabalho de Brookes está na informação registrada e na utilização da CI como parte integrante das ciências cognitivas e sua natureza como objeto de estudo empírico e teórico. Entretanto, os conceitos formulados por ele não serão aplicados a esta pesquisa.

Bates (1999) argumenta que a Ciência da Informação não está relacionada apenas ao estudo da seleção, coleta, organização, acesso e recuperação da informação como é, usualmente, tratada pelos estudiosos. Ela afirma que a CI tem muitos elementos desarticulados, aos quais não se dá a devida importância e que, segundo a sua concepção, estão “abaixo da linha da água”. Em suas abordagens, discorre sobre o conceito de meta-campo da Ciência da Informação, reconhecendo que é importante analisar a CI sob três aspectos: 1) do ponto de vista da transmissão do conhecimento humano, no que se refere ao armazenamento e à recuperação da informação gravada; 2) segundo os parâmetros da educação, ou seja, do ensino e do aprendizado; e 3) pela ótica do jornalismo, meio de comunicação

responsável pela cobertura e a transmissão da informação como notícia.

A autora desenvolveu a sua teoria consultando os compêndios documentais de outras disciplinas e atividades correlatas. À guisa de síntese, ela destaca que as atividades mentais da prática profissional do campo a que se referem são vistas de forma centrada, isoladas em torno da representação de uma área específica da organização da informação, sem que se busque informações que complementam os estudos.

A definição de CI, segundo Bates, segue a mesma linha de raciocínio de Borko (1968). Ambos a conceituam como uma meta-ciência envolvendo várias disciplinas que orientam os estudiosos à realização de pesquisas com foco na informação registrada, o que não é o objetivo do autor deste trabalho acadêmico.

Considerando o que foi descrito nos parágrafos anteriores, pode-se dizer que o meta-campo da Ciência da Informação, por representar a visão conceitual desta disciplina, quando se refere à “educação com ensino e aprendizado”, pode ser uma fonte de conhecimento utilizada para capacitar os indivíduos no uso da Informação?

Matheus e Capurro (2005) destacam a importância da fundamentação filosófica para as abordagens no campo CI, segundo duas vertentes: por meio da hermenêutica, da identificação da existência do Trilema de Capurro e com a proposição da angelética – a teoria da mensagem.

Ainda em relação à abordagem filosófica, Matheus, baseado em Capurro, vide Matheus e Capurro (2005), destaca os três principais paradigmas que embasam este entendimento: 1) o paradigma da representação, segundo o qual a CI seria responsável por estudar os mecanismos de representação, codificação e uso racional da informação; 2) o paradigma da fonte-canal-receptor, onde a CI estaria preocupada com o impacto da informação sobre o receptor; e 3) o paradigma platônico-materialista, que conceitua que o conhecimento objetivo, materializado, seria o objeto de estudo da CI.

Capurro, em 2003, propôs outros conceitos que dão sustentação à fundamentação filosófica: 1) o paradigma físico – um agrupamento dos princípios anteriormente identificados, especificamente o da representação; 2) o paradigma da fonte-canal-receptor; 3) o paradigma platônico-materialista, Capurro (1991); 4) o paradigma cognitivo – representado por abordagens intermediárias entre o paradigma cognitivo e o social, com ênfase nas necessidades do usuário em situações-problemas; e 5) o paradigma social – aqui, Capurro afirma que diversas ferramentas e práticas das ciências sociais e da filosofia vêm sendo utilizadas pela CI, dentre elas, a hermenêutica, a análise de discurso, a análise de domínio e as redes sociais.

Outro destaque do trabalho de Capurro, descrito no seu Trilema, está na busca da unificação do conceito de informação por meio da univocidade, da analogia e da equivocidade. Capurro também deu ênfase ao paradigma social, afirmando que diversas ferramentas e práticas das Ciências Sociais e da Filosofia estão sendo usados na CI. Neste caso, tais abordagens podem direcionar o presente trabalho sob a ótica da análise de discurso e das

redes sociais.

Belkin (1978) fez um estudo baseado na revisão de conceitos, visando contribuir nesta questão e apresentar inovações e, desse modo, colaborar para um entendimento mais preciso sobre a Ciência da Informação. Para tanto, baseou-se nos trabalhos de Goffman, Yovts, Otten, Artandi, Brookes, Mikhaïlov, Chernyï e Giliarevskiï, Barnes e Fairthorne.

A partir de seus estudos, Belkin (1978) concluiu que o real objetivo da busca pelo conhecimento é a resolução de problemas, com base em teorias e métodos já existentes para facilitar as investigações. Suas contribuições para o presente estudo científico assentam-se nos parâmetros comportamentais do usuário em relação à informação. O teórico relata como usuários diferentes aprendem de modos diferentes, em momentos diferentes e sob diferentes circunstâncias, a partir das mesmas fontes de informações. Esta será uma das perspectivas que norteará este trabalho comportamental na busca pelo entendimento do termo Desinformação.

Wersig (1975) tem uma visão mais limitada do conceito de Informação e defende essa definição como sendo derivada de três fontes: 1) “gerada internamente” pelo esforço mental; 2) “adquirida pela percepção pura” do fenômeno; e 3) “adquirida pela comunicação.” Para ele, Ciência da Informação não deve ser pensada em termos de um conhecimento clássico, mas como proposta de uma nova ciência, construindo-se os seus preceitos a partir de abordagens estratégicas voltadas para a solução ou trato de problemas. Ele afirma que a palavra “informação” é ambígua e pode ser usada em diferentes situações e considera que “as soluções oferecidas, até o momento, caracterizam-se como campos de reflexão ou experiências práticas, não em Ciências em seu sentido clássico.” O estudioso defende que as estruturas cognitivas dos indivíduos são transformadas pela informação. A conclusão à qual Wersig (1975) chegou com o seu trabalho é que a Ciência da Informação ainda não está consolidada.

Para Shannon (1948), a informação é “aquilo que acrescenta algo à uma representação”. Suas contribuições focam na transmissão da informação e o objetivo de seus estudos foi encontrar a melhor forma de codificar o conteúdo que um emissor pretende transmitir a um receptor. Ele formulou uma teoria, baseado em outros estudos, que descreve a informação como sendo composta por uma Fonte, um Canal, um Receptor e o Destinatário. O conceito ou medida de informação de Shannon (1948) está postulado, em forma de contribuição, por meio de sua Teoria Matemática da Comunicação que dá ênfase ao problema fundamental da comunicação que é o de reproduzir uma mensagem enviada de um ponto para o outro. O foco do seu está no campo da medida quantitativa da informação. Para a elaboração deste trabalho acadêmico, seus conceitos não serão utilizados.

Para Buckland (1991), existem três formas de transmissão da Informação: 1) como processo - ação de informar. O que alguém sabe intuitivamente muda quando se tem acesso à informação; 2) informação-como-processo é circunstancial; como conhecimento - o conhecimento referente a algum fato particular, assunto ou evento; aquilo que é transmitido,

inteligível, noticiado; denota o que é percebido na “informação-como-processo”, reduzindo ou aumentando a incerteza; e 3) como coisa - mensagem escrita, registrada fisicamente, manipulada, operacionalizada, armazenada, recuperada. Informação como coisa é a única forma de comunicação que é diretamente tratada pelos Sistemas de Informação. Mas o significado, no entanto, o que é manipulado e operacionalizado, o que é armazenado e recuperado, é a informação física (informação-como-coisa).

Entretanto, ainda segundo Buckland (1991), o conceito de informação enseja definições insatisfatórias e limites confusos. Ele apresenta a informação como evidência e afirma que os seres humanos fazem coisas com a informação ou para a informação. Examinam, descrevem e categorizam. Compreendem, interpretam bem ou mal, resumem ou refutam. Podem, inclusive, falsificá-la, alterá-la, escondê-la ou destruí-la. A essência da evidência é, precisamente, o que a percepção das pessoas pode alterar, aquilo que acreditam que sabem. Neste contexto apresentado por Buckland (1991) sobre o uso que os indivíduos fazem da informação, é possível afirmar que, dependendo do modo como este conceito é interpretado, pode ser tomado também como base para a compreensão do impacto da desinformação.

2.2 Ciência da Informação e Desinformação

O termo informação traz, em um primeiro momento, uma concepção positiva do seu significado, levando-se em consideração a importância de informar, de fazer com que a notícia chegue ao conhecimento de quem dela possa beneficiar-se. Analisando esta afirmativa, surge o questionamento: quando o ato de propagar os fatos tem por objetivo distorcer o sentido da mensagem, estamos diante de uma situação em que, ao invés de instruir, o que está, de fato, sendo proposto é a desinformação?

Matheus (2005, p.144-145) destaca, valendo-se das concepções de Capurro (1991, p.9), que a CI foi criada como uma disciplina hermenêutica que trata o conhecimento compartilhado positivamente, significando Informação; o mesmo termo, se colocado negativamente, contraria esta teoria passando a ser compreendido como Desinformação. Segundo o teórico, é importante considerar tais informações como complementares no estudo da CI. Para fundamentar essa abordagem, ele afirma que é imprescindível analisar o impacto social da Informação e da Desinformação.

Para elaborar estes pressupostos o estudioso baseou-se em discursos já apresentados anteriormente e nos interesses pessoais e sociais do público que se utiliza destas disciplinas.

Na hermenêutica, ele destaca as características essenciais da informação, tratando-as como necessárias para: 1) interpretar a informação; 2) definir o contexto de interpretação da informação; e 3) tomar a informação como um conceito interdisciplinar (CAPURRO; HJØRLAND, 2003, p. 356), pois a comunicação é uma vertente na qual se lida com

significados, interesses e sujeitos diferentes.

A partir desse entendimento, é possível avaliar os impactos e relevâncias sociais que permeiam o uso, a geração e a disseminação da informação (CAPURRO; HJØRLAND, 2003, p. 396-397).

Diante das considerações desses autores que esclarecem os motivos de interpretar a informação, o contexto, o conceito interdisciplinar e os interesses envolvidos em uma dada situação em que se busca transmitir um saber, surge mais uma questão: com base nestas evidências, é possível caracterizar o que é Desinformação?

Para Fallis (2009), Desinformação é a informação disseminada por alguém que está desinformando. Entretanto, o autor destaca que a desinformação não parte, necessariamente, de alguém que desinforma, pois a falsa notícia pode ter sido transmitida inocentemente por alguém desinformado.

Pinheiro e Brito (2014, p.2) consideram que a Desinformação “significaria ausência de cultura ou de competência informacional, impossibilitando que o usuário localize, por si mesmo, a informação que necessita, não chegando, portanto, às suas próprias conclusões”. Nesse caso, pode-se dizer que a falta de formação e competência informacional é terreno fértil para que a desinformação seja tolerada e disseminada?

Beluzzo (2005, p. 37) destaca que “a desinformação nessa era é talvez a razão da existência de muitos problemas sociais, uma vez que atinge o ser humano em sua maior propriedade: a racionalidade”. Neste sentido, a manipulação da informação seria intencional, teria por finalidade atingir um determinado objetivo?

Outra abordagem importante e que deve ser destacada é a de Floridi (1996, 2012), devido à sua abrangência. Para ele, a Desinformação é um guarda-chuva de conceitos que contempla também a informação direcionada e manipulada.

Ainda sobre o conceito “Desinformação”, Wardle (2017) afirma que, para entender o ecossistema atual de informações, é necessário dividir esta matéria em três frentes de estudo:

- 1) Analisar os diferentes tipos de conteúdo que estão sendo criados e compartilhados;
- 2) Buscar compreender as motivações de quem cria esse tipo de conteúdo;
- 3) Avaliar as formas e o modo como este assunto está sendo divulgado.

Além disso, a autora destaca em seu artigo os 7 tipos de Desinformação, conforme Figura 01:

Figura 1 – Representação gráfica dos 7 tipos de Desinformação



Fonte: Claire Wardle, Information Disorder: The Definitional Toolbox (2018)

Claire Wardle - Information Disorder: The Definitional Tool Box (2018)

- Sátira ou Paródia (não pretende causar danos por possível engano);
- Conteúdo Enganoso (uso malicioso de informação para incriminar alguém ou causar algum prejuízo);
- Conteúdo Impostor (quando se suplantam fontes genuínas);
- Conteúdo Fabricado (informação nova que é predominantemente falsa, desenhada para enganar e prejudicar);
- Falsa Conexão (quando os títulos, imagens e legendas não confirmam o conteúdo);
- Falso Contexto (quando um conteúdo genuíno se difunde com informação de contexto falso);
- Manipulação do Conteúdo (quando informação e imagens genuínas são manipuladas para enganar).

Wardle (2017) identificou também os três tipos diferentes de conceitos para o termo Desinformação, avaliando as dimensões de dano e falsidade, os quais ela definiu como desordem da informação: 1) Mal-informação (Mis-information) é quando informações falsas

são compartilhadas, mas não causam nenhum dano significativo; 2) Des-informação (Dis-information) é quando informações falsas são conscientemente compartilhadas com o intuito de causar danos; e 3) Mal-informação (Mal-information) é quando informações genuínas são compartilhadas para causar danos, ao mover notícias projetadas para permanecerem privadas na esfera pública.

A partir do que foi descrito, com base na percepção de vários estudiosos, é possível concluir que a palavra Desinformação tem vários significados, os quais podem ser empregados em diversos contextos. O termo pode ser definido como ausência de informação e, também, como informação manipulada e direcionada com o intuito de enganar alguém.

Considerando a desinformação como um elemento de debate complementar e analisando o seu contexto analogamente ao que se tem como definição do que seja o seu significado, objetiva-se, com a presente pesquisa, construir um entendimento comum sobre o tema.

Após esta breve explicação dos conceitos já cunhados por vários estudiosos a respeito dos dois termos, pode-se dizer que desinformação e notícia falsa são a mesma coisa? Para a Ciência da Informação, mais especificamente, importa a compreensão de que a informação, em seu sentido negativo, deve também ser pesquisada.

Compreender o significado do termo Desinformação é imprescindível para a elaboração desse trabalho científico, para que se cumpra o objetivo desta pesquisa que é obter elementos que auxiliem na abordagem sobre o fenômeno Fake news e sua interferência no trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) e dos Agentes de Combates às Endemias (ACEs).

2.3 Política de informação

Ao analisar as tecnologias como canais de disseminação da informação, é possível perceber a velocidade com que as notícias são propagadas, assim como as constantes transformações que ocorrem no espaço cibernético. É um processo dinâmico que demanda que os usuários de redes de comunicação estejam atentos às inovações e critérios que os permitam atuar neste campo com maior segurança, agilidade e assertividade. Por se tratar de um assunto de interesse público e que abrange todas as esferas da sociedade, faz-se necessário criar uma política que estruture as normas e diretrizes para acesso e disseminação da informação.

Para iniciar a abordagem desta pesquisa, trazendo o termo Desinformação para o centro da discussão, serão consideradas proposições da pesquisadora Nélida González de Gómez que estuda a política de informação na visão do Estado. A estudiosa contribui e corrobora com a apropriação do conceito de regime de informação de Frohmann (1995), reescrevendo-o e trazendo suas observações para o âmbito das pesquisas no Brasil. Uma política da informação, segundo ela, deve considerar que:

O conceito de “regime de informação” demarcaria um domínio amplo e exploratório no qual a relação entre a política e a informação – não preestabelecida – ficaria em observação, permitindo incluir tanto políticas tácitas e indiretas quanto explícitas e públicas, micro e macropolíticas, assim como permitiria articular, em um plexo de relações por vezes indiscerníveis, as políticas de comunicação, cultura e informação. (GONZALEZ DE GÓMEZ, 2002, p. 25)

Outro conceito de política de informação é o formulado por Gonzalez de Gómez (2002), que destaca a exclusividade do Estado na proposição de regulamentos, sendo as tratativas referentes a este assunto tomadas como informação restrita a um jogo de interesse político, tendo como oponente a sociedade civil. Esta autora é considerada uma autoridade nesse assunto, tendo o seu nome citado na maioria das referências de textos brasileiros que tratam da política de informação.

Lastreando a política de informação como área de estudo e pesquisa e ancorando-se nos conceitos de Rowlands (1996) e Gontijo (2002), a estudiosa fez um resgate das principais razões que contribuíram para a aproximação do campo científico com a política de informação e os descreveu como sendo: a) a convergência entre mídia, tecnologia de informação e serviços; e b) algumas abordagens que apontam uma relação entre política de informação e impactos positivos no bem-estar econômico e social das sociedades. (ROWLANDS, 1996, apud GONTIJO, 2002, p. 180). A autora destaca que, no momento em que realizaram os seus trabalhos, os interesses dos estudiosos já remetiam a pesquisas e discussões sobre o ciberespaço, o mundo digital e o ambiente virtual.

Araújo (2016) destaca que as políticas de informação estão inseridas no campo das decisões institucionais do Estado, baseadas em metas e objetivos sobre as normas que devem ser criadas no que se refere às tecnologias e suas áreas de abrangência. De um lado, as políticas de informação estão relacionadas com uma necessidade cada vez maior na busca por eficácia e eficiência de processos. Por outro, as novas tecnologias digitais desafiam as instituições em termos de acesso, sigilo, preservação e armazenamento, produção e uso de insumos tecnológicos. No que concerne às instituições públicas, políticas de transparência e cidadania que regulamentam o acesso às informações, Araújo (2016) considera que é este o cenário que molda as políticas de informação.

Miranda e Simeão (2004), em seus estudos, lançam outro olhar quando se trata de política da informação, em especial no que se refere à transferência de informação e tecnologia em um modelo de comunicação extensiva. Os autores destacam que é fundamental observar as características culturais semelhantes que estejam presentes na coletividade, no processo de transferência de informação. Além disso, em seus estudos, caracterizam grupos como “comunidades interpretantes” que determinam uma reciprocidade de acordo com códigos específicos (Miranda; Simeão, 2004, p. 5).

Esses autores, amparados nas preocupações de especialistas quanto a acervo informacional, desenvolveram um modelo gráfico, reproduzido na Figura 2, numa visão sistêmica, para representar um ambiente de troca em uma política de transferência de

informação:

Figura 2 – Política de transferência da Informação



Fonte: Miranda e Simeão (2004)

Fonte: Miranda e Simeão (2004)

O Infográfico, Figura 2, apresenta o contexto no qual estão inseridos o emissor e o receptor quanto aos critérios de seleção (qualidade, conveniência e custo) e avaliação de resultados (absorção, utilidade e benefício) no processo de transferência da informação para atingir objetivos e metas individuais, institucionais e nacionais, baseado em uma estrutura formal (documentos) e informal (pessoas) por intermédio de sub-canais. Cabe um destaque nesse contexto a respeito do termo sub-canal, com o intuito de esclarecer que o mesmo refere-se à relação do nível qualidade (do documento) e capacidade de absorção (de entendimento) de quem recebe a informação.

2.4 Qualidade da Informação

A qualidade da informação, quando se trata de ambiente empresarial, reflete diretamente na entrega de um bom produto ou na prestação de um serviço relevante. Com

base nesta afirmativa, constata-se que o mercado consumidor de informações qualifica as organizações dentro de critérios de competitividade. Entretanto, esse conceito pode conter enfoques diferentes, de acordo com a interpretação de cada autor e ambiente onde a ação comunicativa se desenvolve.

Um trabalho realizado por Robic & Sbragia (1996) consolida o conceito de qualidade da informação com base em alguns nomes que são referências no assunto, conforme o Quadro 1:

Quadro 1 – Quadro 1 - Conceitos de qualidade

Autores	Conceitos
Juran	A qualidade consiste em focar nas características do produto que vão de encontro às necessidades dos clientes e, dessa forma, proporciona a satisfação com o bem adquirido;
Garvin	São cinco os enfoques da qualidade: aspecto transcendental, adição de bons componentes, satisfação dos clientes, conformidade às especificações e valor;
Deming	Qualidade é o resultado final da interação harmoniosa entre metas, sistemas e seres humanos;
Feigenbaum	A qualidade é enfocada como um valor medido através do nível de organização da empresa;
Crosby	Qualidade é conformidade às especificações.

Fonte: Robic & Sbragia, 1996

Marchand (1990), buscando uma aproximação com o termo, para melhor representar uma definição sobre qualidade, sugeriu algumas direções: 1) Transcendental, na qual define que informação é absoluta e reconhecida universalmente; 2) Baseada no usuário, uma vez que a informação está relacionada à satisfação quando atende estilos cognitivos diferenciados; 3) Baseada no produto, onde a qualidade da informação passa por um agrupamento mensurável de características de produtos de informação. Este conceito está relacionado às particularidades de posse, cobertura, confiabilidade e validade; 4) Baseada na produção: está relacionada à demanda e ao atendimento no que tange à , qualidade do pedido em conformidade com a solicitação; e 5) Baseada no valor: este conceito se relaciona com o uso da informação para a diminuição da dúvida, finalidade e temporalidade.

Para estabelecer um consenso entre as visões apresentadas, de um lado pelos fornecedores e, do outro, por usuários de informação, com base nas diferentes abordagens que norteiam este tema, Marchand (1990) propôs um modelo com oito dimensões para medir a qualidade da informação, conforme Quadro 2:

Quadro 2 – Dimensões de qualidade da informação

Dimensões	Conceitos
Actual value	Refere-se ao uso real que o cliente faz da informação;
Features	Características de utilidade, como precisão e abrangência;
Reliability	Confiabilidade referente à fonte;
Meaning over time	Significado ao longo do tempo;
Relevance	Relevância da informação;
Validity	Validade no que se refere a métodos usados para coleta e análise da informação;
Aesthetics and perceived value	Estética, altamente subjetiva, refere-se à forma como a informação é apresentada e entregue e também ao valor percebido.

Fonte: Marchand, 1990

Para um melhor entendimento da relação fornecedor/usuário da informação, no Quadro 3, Stair (1998) detalhou essas dimensões propostas por Marchand (1990), segundo suas características, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Características da boa informação

Característica	Definição
Precisa	A informação contém precisão, isto é, sem erro.
Completa	informação contém todos os requisitos que a valida;
Econômica	A informação deve ter um custo de produção relativamente econômico.
Flexível	A informação deve ser flexível, utilizada para diversas finalidades.
Confiável	A confiabilidade da informação depende do método de coleta dos dados (fonte de consulta). Quanto mais precisa for essa fonte, mais confiável é a informação;
Relevante	Uma informação relevante é essencial para a tomada de decisões;
Simple	A informação não deve ser muito complexa.
Em tempo	A informação em tempo é enviada quando necessária;
Verificável	A informação pode ser conferida para assegurar a sua veracidade;
Acessível	A informação deve ser acessível aos usuários autorizados, para que possam obtê-la no formato correto e no tempo certo;
Segura	A informação deve ser segura para possibilitar o seu acesso apenas pelos usuários autorizados.

Fonte: Stair, 1998

No contexto empresarial, Ginman (1990) abordou conceitos para um debate sobre a qualidade da informação, sob o olhar do usuário, quando o assunto é qualidade do serviço prestado. Para formular seus pressupostos, estabeleceu uma linha de pensamento correlacionando o desenvolvimento de produtos e serviços com a qualidade da informação. Por meio de seus estudos, identificou as expectativas do usuário da informação e a satisfação deste em relação ao que é oferecido por quem detém a notícia.

Para Olaisen (1990), a qualidade da informação é representada segundo dois conceitos, o cognitivo e o tecnológico. O primeiro refere-se a como a informação foi percebida e contém as seguintes características: credibilidade, influência, confiabilidade, relevância, significado no tempo, validade e valor percebido. Já o segundo aspecto, o tecnológico, relaciona-se com a facilidade de uso, como acessibilidade, forma, novidade, oportunidade,

velocidade de desenvolvimento, flexibilidade, completeza, plausibilidade, seletividade, navegação e características de utilidade da informação.

Schwuchow (1990), em se tratando de conceitos gerais sobre os serviços de informação, usa indicadores para avaliar a qualidade dos dados, tais como: confiabilidade, oportunidade, novidade, velocidade e frequência, completude, seletividade, relevância ou especificidade, integridade, segurança e facilidade de uso. Esta proposta está baseada na dificuldade de delimitar a qualidade desse tipo de serviço. A esse respeito, o autor ainda destaca a flexibilidade e a acessibilidade como parâmetros para mensurar os atributos da notícia.

Para apresentar esta sugestão, ele analisou sistemas de informação e percebeu que o núcleo da avaliação está relacionado à questão do atendimento das necessidades e dos interesses específicos de cada grupo de usuários.

Todos os autores citados apresentam, em seus estudos, uma linha geral a respeito do desdobramento de qualidade da informação, enfocando esta questão como um aspecto próprio, pertinente ao usuário.

Dentro desse contexto, é possível identificar quais competências o usuário necessita ter ou adquirir para avaliar a qualidade da informação?

2.5 Requisitos de uma informação confiável

No contexto da Ciência da Informação, comunicar a ciência é transferir conhecimentos gerados por meio da investigação científica, com o fluxo de ideias processado através de um canal, entre uma fonte geradora do saber e um receptor do mesmo (STUMPF, 1997). Este processo é tão importante para a ciência quanto a pesquisa como um todo (MEADOWS, 1999). Somente com a divulgação dos resultados da pesquisa é que um cientista ou pesquisador pode ser avaliado por seus pares e, desta forma, ter as suas descobertas validadas ou refutadas pela comunidade científica (MUELLER, 2000).

O estudo de natureza científica requer um levantamento de dados minucioso e uma revisão bibliográfica criteriosa, pois as fontes de consulta devem ser fidedignas, uma vez que o autor da investigação tem por obrigação mencioná-las em seu trabalho para que todos os interessados pelo conteúdo possam encontrar as informações nele referendadas e atestar a validade do que está sendo proposto.

As Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) colaboram para tornar o trabalho científico mais seguro, ágil e transparente, pois transformaram os processos de produção e disseminação da informação, aumentando conseqüentemente, as fontes de informação. (CUNHA 2011).

“- funcionários de órgãos governamentais e outras pessoas de fora da organização;”

“- fontes externas e impessoais: jornais e periódicos, publicações governamentais, rádio, televisão, Internet, conferências, bibliotecas externas, associações profissionais, registros de companhias de pesquisa e serviços de informação eletrônica – bancos de dados on-line (boletins eletrônicos etc);”

“- fontes internas e pessoais: superiores, membros da diretoria, gerentes, subordinados, equipe de funcionários;”

“- fontes internas e impessoais: circulares e memorandos internos, estudos e relatórios internos, biblioteca da organização e serviços de informação eletrônica.”
Assis (2007, p.92)

Assis (2007, p.92) destaca também que: “Porter (1991) as classifica como publicadas ou coletadas. Choo (1995) as divide em três categorias: humanas, textuais e eletrônicas. As fontes humanas podem ser internas ou externas à organização” (p.92) e “as textuais subdividem-se em publicadas ou documentos internos. Por fim, as eletrônicas dividem-se em bases de dados on-line e recursos da Internet.” (p.93).

Choo (1998), destaca que os pesquisadores, ao utilizarem a web, têm o domínio na busca por informação nas bases de dados e detêm conhecimento a respeito de suas estruturas. Desse modo, alcançam resultados mais eficazes em suas pesquisas. Entretanto, ele alerta que é preciso cercar-se de cuidados, pois essas informações, muitas vezes, ao invés de informar, prestam-se à desinformação, apresentam inconsistências em seu teor e o buscador do saber terá dificuldade em avaliar a confiabilidade do conteúdo por falta de fonte segura e da reputação da instituição que disponibiliza as notícias. Por vezes, é comum deparar-se com documentos publicados e disponíveis para consulta que não mencionam a autoria, a data e a origem da fonte. Outro problema é que um conteúdo publicado na Web pode ser excluído a qualquer momento e/ou modificado intempestivamente.

Segundo Tomaél (2008, p.03), é necessário definir critérios no processo de avaliar e selecionar informações, visto que a possibilidade de disponibilizá-las e a celeridade com que são disseminadas ou excluídas do ciberespaço são fatores que podem contribuir para o fracasso de uma pesquisa. Este autor amplia a discussão ao associar a qualidade de uma fonte de informação com o seu uso e objetivos, pois o conhecimento partilhado deve cumprir o seu propósito no rol das necessidades do pesquisador. De acordo com Tomaél (2008, p.08), “a qualidade avaliada com base nos usuários está relacionada ao valor da informação contida no documento.”

Rieh (2002) afirma que existem critérios quanto à avaliação de uma informação na web, quais sejam: a qualidade do conteúdo e a sua vinculação a uma fonte fidedigna. Esta autora destaca que fazer julgamentos sobre qualidade e autoridade das informações não é uma tarefa fácil para os usuários, pois não existe um método de controle de qualidade. No ambiente virtual é fácil publicar textos sem revisões e aprovações prévias, ou seja, qualquer pessoa pode divulgar uma informação sem passar o seu teor por um filtro.

O pesquisador Koehler (1999) evidencia outra questão, a partir da qual ele aponta dois aspectos relacionados a perfis de sites na web: permanência e constância. A per-

manência mensura a probabilidade de um conteúdo permanecer ou ser alterado na URL. A constância mede a frequência com que são feitas modificações de conteúdos nos documentos. De acordo com Koehler (1999), os documentos disponibilizados na web são inconstantes, de uma forma ou de outra.

Que a web é um espaço que dispõe de elementos/informações que contribuem para pesquisas e trabalhos acadêmicos, não há dúvida. Exatamente por ser um facilitador na busca por conteúdos, é que os recursos tecnológicos podem representar uma cilada para quem os utiliza como fontes de pesquisa, pois as matérias disponíveis no ciberespaço podem, ou não, serem provenientes de fontes confiáveis.

2.6 Competência em informação (CoInfo) - Conhecimento, habilidades e atitudes

Competências são aptidões que uma pessoa deve ter para desempenhar bem uma atividade. Mintzberg (2010) classificou esse conceito em três categorias - conhecimento, habilidades e atitudes - e as descreve, conforme a seguir: 1) Conhecimento refere-se a todas as técnicas e informações que um indivíduo domina e que são necessárias para a execução de uma atividade. 2) Quanto às Habilidades, Katz (1974) as classifica em três grandes frentes: Técnicas – ligadas à execução do trabalho e ao domínio do conhecimento específico para executar o trabalho operacional; Humanas – necessárias para um bom relacionamento, usando da capacidade de comunicar, compreender, motivar e liderar as pessoas e Conceituais – habilidade que mantém uma visão de um todo e que influencia o direcionamento de uma missão.

Rabaglio (2001) simplifica esses conceitos, classificando-os em: 1) conhecimento – relaciona-se com experiência de vida, formação, etc; 2) habilidades – estão relacionadas à capacidade de executar uma atividade física ou mental; e 3) atitude – está relacionada ao comportamento do indivíduo diante de situações do dia-a-dia e das atividades desenvolvidas. A visão desse teórico está representada no quadro 4:

Quadro 4 – Dimensões da Competência - conhecimento, habilidades, atitudes e seus significados

Competência	Descrição
Conhecimento (SABER)	Escolaridade, conhecimentos técnicos, cursos gerais e especializações;
Habilidades (SABER FAZER)	Experiência e prática do saber
Atitudes (QUERER FAZER)	Praticar ações compatíveis para atingir os objetivos, aplicando os conhecimentos e habilidades que possui ou a serem adquiridas.

Fonte: Rabaglio, 2001.

A competência em informação, segundo a Ciência da Informação, está baseada em um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes relacionadas ao contexto informacional. Entretanto, conforme preceitua DUDZIAK (2008, p.41):

“... a legitimação da competência em informação como movimento de abrangência mundial é ainda um desafio para os países em desenvolvimento, principalmente para o Brasil, que ainda luta contra o analfabetismo. Disto deriva a importância do aprofundamento dos estudos teóricos, das intervenções sociais e educacionais implementadas através de práticas distintas direcionadas às necessidades de cada nação e grupo social. Promovendo a ligação entre a teoria (abstrações) e a prática (apropriação) (...).”

De acordo com Dudziak (2008, p.42), a competência em informação está centrada no aprendizado ao longo da vida, como forma de desenvolvimento, e a autora a conceitua como:

“... a mobilização de habilidades, conhecimentos e atitudes direcionada ao processo construtivo de significados a partir da informação, do conhecimento e do aprendizado, diferentes dimensões passam a ser consideradas: a dimensão das habilidades informacionais alcançadas pelo treino; a dimensão cognitiva de construção do conhecimento apropriação de conteúdos e processo reflexivo; e a dimensão das atitudes e dos valores, que diz respeito à construção dos aspectos críticos, políticos e éticos da ação dos homens”.

A autora destaca questões importantes para o contexto desse trabalho, sendo um deles o eixo temático da competência informacional para a governança e cidadania, que tem por objetivo a promoção da participação das pessoas e o controle sobre suas próprias ações para que possam, por si mesmas, obterem a informação de que necessitam, sendo capazes de perceber o porquê de determinado conteúdo estar disponível nas redes de comunicação e, também, de identificarem os aspectos ideológicos presentes no ambiente informacional.

O eixo temático da competência informacional para o aprendizado e educação está centrado na aquisição do saber ao longo da vida, levando em consideração os hábitos de

indagação nas práticas formais e informais de educação, independente de níveis sociais e faixas etárias, tanto na comunidade quanto em ambientes corporativos. (HIGH-LEVEL, 2006).

Outra contribuição neste contexto refere-se ao trabalho realizado por Santos (2017). Com base em uma abordagem histórico-conceitual, o autor apresenta um mapeamento sistemático com a descrição dos atributos inerentes aos Conhecimentos, às Habilidades e às Atitudes, na perspectiva da Competência em Informação, tomando como referência um profissional de biblioteca. Nesse estudo de caso, ele observou que a dinâmica que envolve competência em informação vai além da aquisição, da aplicação e da execução das práticas do saber, destacando que:

“é possível observar que a renovação contínua dos Conhecimentos, das Habilidades e das Atitudes viabiliza a ação bibliotecária nas práticas profissionais voltadas para a realização e a promoção das pesquisas científicas. Não obstante, a competência desse profissional da informação envolve a capacidade de criar sinergia entre essas três dimensões.” (P. 87)

Na visão do estudioso, a aliança entre as três dimensões da competência está profundamente associada ao desenvolvimento das práticas exercidas pelo bibliotecário universitário na formação de usuários com competência em informação. Destaca também que, para o aprimoramento do atendimento aos usuários, é necessário que o bibliotecário universitário se atualize, por meio de processos de formação profissional na mesma proporção das mudanças que acontecem na sociedade moderna.

Corroborando os estudos citados anteriormente, o emprego, como referência, dos conceitos que embasam as Competências em Informação (CoInfo) no âmbito do presente estudo, pode colaborar para o entendimento do tema desta tese e, conseqüentemente, levar os indivíduos a se posicionarem de modo favorável em situações que, em princípio, deveriam ser refutadas. A motivação para rejeitar uma informação, nesse caso, poderia residir na falta de competência cognitiva para avaliar as notícias falsas geradas pelas mídias e/ou redes sociais. De acordo com Belluzzo et al (2014, p.3) e Simeão et al (2016):

“A competência em informação (CoInfo) pode ser conceituada como um conjunto de atributos necessários aos indivíduos para que possam usar, de modo eficiente e eficaz, as informações registradas nos diversos tipos de documentos. Esses atributos viabilizam a participação ativa na sociedade da informação e são representados pela mobilização e combinação de conhecimentos (saber), habilidades (saber fazer) e atitudes (querer fazer)”.

Com base no contexto apresentado, o modelo descrito, que leva em consideração o déficit de potencial intelectual como entrave para que o indivíduo que busca informação possa analisar a veracidade da notícia pode ser uma das linhas de investigação a serem seguidas para o enfrentamento da Desinformação.

2.7 A construção do SUS no Brasil

Há mais de quatro décadas, em setembro de 1978, a Organização Mundial da Saúde (OMS) realizou, na cidade de Alma-Ata (atual Almati), na República do Cazaquistão, a Conferência Internacional sobre cuidados Primários da Saúde. No documento intitulado “A Declaração de Alma Ata” que contém em seu escopo a síntese do que foi proposto na referida conferência, estão expressas dez iniciativas que os Governos de todas as partes do planeta Terra deveriam implementar, com urgência, especialmente nos países em desenvolvimento, com vistas a promover, a criar mecanismos capazes de garantir a paz mundial e que as populações de todo o mundo tenham qualidade de vida.

É responsabilidade dos Governos de todas as nações assistir seus habitantes em termos de saúde coletiva, no que se refere a questões sanitárias e sociais e os cidadãos têm o direito de cobrar de seus representantes que cumpram esse papel.

Apesar de todos os esforços, especialmente da OMS e da ONU em termos de elaborar documentos contendo iniciativas e propondo aos governantes a criação de mecanismos que garantam o bem-estar social, no que tange à Atenção Primária à Saúde (APS) no Brasil (OMS, 1978), ainda há muito a ser feito.

O cumprimento do que preconizam as ações da APS evidenciou-se como uma das estratégias fundamentais para alcançar o ideal de “Saúde para todos” até o ano 2000, que é um dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 da ONU. Nesse documento, a APS está caracterizada como o primeiro nível de atenção em saúde, sendo uma espécie de filtro, no sentido de estruturar o fluxo de serviços e atendimentos nas redes de saúde.

A criação do SUS, em 1988, representou uma grande transformação no sistema de saúde do Brasil. Mas, colocar em funcionamento esse órgão e formular as suas políticas não foi uma tarefa simples. Desde que foi implementado até os dias atuais, o SUS carrega em seu âmago muitos debates e discussões acerca de suas bases.

Outro progresso, em termos de promoção de iniciativas voltadas à saúde coletiva no Brasil, foi a implementação, em 1991, do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que introduziu o ACS nas equipes de Atenção Básica à Saúde, com o objetivo de levar as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, onde as pessoas são atendidas em suas residências. Desse modo, é possível integrar indivíduos, famílias e comunidades, conectando-os aos serviços de saúde localizados nas proximidades de suas casas (SOUSA, MENDONÇA, LINHARES, 2011).

Todavia, para que o PACS alcance o resultado para o qual foi criado, é imprescindível que o Agente Comunitário de Saúde desempenhe a sua função, de modo a cumprir a missão a ele conferida, desenvolvendo ações e propondo atividades que levem mais qualidade de vida às pessoas, visando a promoção e proteção à saúde individual e coletiva e, também, a mobilização e participação das famílias e demais membros das comunidades para que se

cumpram os objetivos do programa.

Em 1994, o Ministério da Saúde implantou, no Brasil, o Programa Saúde da Família (PSF). A partir desta iniciativa, o PACS foi beneficiado com a introdução de um médico, um enfermeiro e um auxiliar de enfermagem, formando uma equipe de profissionais que passou a atuar em conjunto com os ACS nas localidades assistidas por esses agentes.

O PSF foi uma estratégia elaborada pelo Governo com o intuito de reverter o modelo assistencial até então vigente, onde predominava o atendimento à saúde da população apenas em situação de emergência, quando o indivíduo já estava enfermo. Com os parâmetros estabelecidos por esse novo programa, a família passou a ser vista como prioridade em termos de Atenção Básica à Saúde.

A partir daí, houve uma reorganização no modelo assistencial de saúde, que antes era focado na doença e no médico e não na pessoa como sujeito de direitos, além de desconsiderar a importância de uma equipe de saúde atuando junto à população.

Houve, também, inovação nos conceitos referentes à Vigilância em Saúde, com a adoção dos fundamentos e estratégias que embasam as Ciências Sociais em Saúde, especialmente em se tratando de epidemiologia e do planejamento de ações neste campo. Novos parâmetros foram estabelecidos com o intuito de reorientar as práticas em saúde coletiva e desenvolver mecanismos de promoção do bem-estar, proteção e assistência à população, visando assegurar a integralidade da Atenção Básica em Saúde.

Como consequência de todo esse processo de criação, por parte do Governo, da ONU e da OMS, de mecanismos e políticas voltadas às questões de saúde coletiva, foi elaborada a Estratégia Saúde da Família (ESF) que, na realidade, trata-se de uma evolução do Programa Saúde da Família (PSF), concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, que tem por finalidade atuar na prevenção de doenças e na vigilância e promoção de práticas voltadas a dar suporte integral à população brasileira, em termos de saúde coletiva. (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Apesar de todos esses esforços, existe um grande desafio que os agentes de saúde precisam enfrentar que é a interdisciplinaridade. Para realizarem um trabalho conciso, os ACEs e ACSs deveriam passar por um processo de capacitação mais abrangente, com reorientação de suas práticas nas dimensões da Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Porém, esses profissionais são preparados para atuarem na assistência às comunidades e não na promoção da saúde e prevenção de doenças. Miareli (2012).

Neste capítulo serão apresentadas, descritas e trazidas à discussão as diversas definições sobre cuidados em Saúde, por uma perspectiva histórica e política, destacando os avanços alcançados até aqui, bem como, as distintas abordagens e respectivas estratégias empregadas pelo Governo no que se refere à expansão e operacionalização do sistema de saúde brasileiro.

Conferência e declaração de Alma Ata

O documento intitulado “A Declaração de Alma Ata”, elaborado em setembro de

1978 pelos participantes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Organizada pela OMS e realizada na cidade de Alma-Ata, no Cazaquistão, pontuou dez cuidados primários de saúde, propondo ações que deveriam ser desenvolvidas, com urgência, pelas nações de todo o mundo, visando promover a saúde e o bem-estar de todos os povos que habitam o planeta terra.

Já se passaram mais de quarenta anos, desde a realização dessa conferência que identificou a urgência em cuidar da saúde coletiva das populações de todo o planeta e ainda não houve sensibilização por parte dos governantes, dos tomadores de decisões e dos responsáveis pela criação de metas que contenham diretrizes que promovam a saúde de todos os povos do mundo, no sentido de colocar em prática o que foi acordado na referida conferência.

A Declaração de Alma Ata representa um marco na defesa dos valores, princípios e diretrizes organizacionais de Atenção Primária da Saúde (APS) no Brasil e no Mundo. Nos destaques desse documento, os participantes da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde reafirmaram que a saúde é um direito humano fundamental e deve ser vista como a mais importante meta social mundial. (OMS, 1978).

Por se tratar de um tema de relevância e abrangência global, as ações referentes aos cuidados básicos de saúde descritos no documento de 1978 devem envolver os atores sociais e econômicos, e, principalmente, o setor da saúde para que, a partir da união de esforços, os Governos consigam eliminar as desigualdades entre os povos, principalmente da população dos países em desenvolvimento, em relação aos habitantes das nações desenvolvidas.

Os cuidados primários de saúde devem ser vistos como uma preocupação política, social e econômica comum, como um tema de extrema relevância na política interna de todos os países, levando-se em consideração a importância da realização das metas de saúde para todos, com o objetivo de contribuir para a redução das desigualdades entre as comunidades dos países em desenvolvimento e as populações desenvolvidas. Partindo do pressuposto de que a saúde é um direito de todos, evidencia-se a relevância da participação individual e coletiva dos cidadãos no planejamento e execução dos cuidados de saúde de suas comunidades.

Por esta razão, foi instituído o ano 2000 como meta para que as populações de todos os países envolvidos com as diretrizes constantes na “Declaração de Alma Ata” alcançassem uma vida social e economicamente produtiva. Como propósito, os cuidados primários de saúde devem ser o objetivo almejado por todas as nações do mundo. Como resultado, devem proporcionar desenvolvimento e justiça social para todos os habitantes do planeta terra.

Para que esses objetivos sejam alcançados, faz-se necessário o uso de métodos, tecnologias e práticas baseados em estudos científicos e socialmente aceitáveis e que estes recursos estejam disponíveis aos indivíduos, bem como às famílias pertencentes às

comunidades atendidas pelas equipes de cuidados primários de saúde, de forma acessível em termos de custos para cada fase de sua implementação. .

Desse modo, o país terá um sistema nacional de saúde efetivo e operante, onde os indivíduos, as famílias e todos os membros da comunidade tenham acesso aos serviços básicos de saúde que estarão disponíveis nas proximidades onde as pessoas vivem e trabalham.

Mas, para que este formato de programa de saúde funcione, as diretrizes sobre os cuidados primários de saúde devem refletir as condições econômicas e as particularidades socioculturais e políticas do país e de cada comunidade, em particular.

É necessário que a população seja orientada em relação aos serviços de proteção garantidos pelo Estado, referentes à prevenção, cura e reabilitação de doenças, incluindo a educação como método cautelar e de controle. Outros aspectos importantes dizem respeito à nutrição adequada, ao acesso à água potável e saneamento básico, à atenção à saúde materno-infantil, ao planejamento familiar, à vacinação para combate a doenças infecciosas, à prevenção e controle de doenças locais e procedimentos adequados a serem adotados em caso de agravos comuns. Além de receber instruções sobre as condutas necessárias para uma melhor qualidade de vida, a população deve ter à sua disposição os medicamentos necessários para o tratamento das doenças.

Para que seja possível implementar as ações descritas, é necessário o envolvimento de toda a sociedade de um país, especialmente de setores como: agricultura, pecuária, produção de alimentos, indústria, educação, habitação, comunicação e, principalmente, da saúde. A comunidade, de modo coletivo ou individual, participará do planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários da saúde de sua localidade, utilizando todos os recursos necessários e disponíveis, a nível local e nacional, onde os indivíduos serão envolvidos nesse processo por meio de educação orientada e compatível com a realidade do lugar onde moram ou trabalham, gerando segurança para os usuários do sistema de saúde por meio da participação comunitária.

Com estas iniciativas, o sistema de saúde visa elaborar políticas, estratégias e planejamento nacional em relação à saúde coletiva, com o objetivo de divulgar as ações e práticas que devem ser adotadas pelos indivíduos, famílias e comunidades para que a população tenha acesso aos cuidados primários de saúde. Para tanto, será necessário o envolvimento de diversos setores da sociedade, como por exemplo, os sistemas integrados de saúde local com profissionais aptos a indicarem postos de atendimento onde os cidadãos serão acolhidos por médicos, enfermeiras, parteiras, auxiliares e agentes comunitários, visando uma melhor qualidade de vida para todas as pessoas, dando prioridade às mais necessitadas.

A proposta, com a implementação desse modelo de atendimento em saúde coletiva, é beneficiar não somente a população nacional, como todos os países do mundo, por meio de um processo cooperativo, usando como referência o relatório elaborado em conjunto

pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que descreve as ações que devem ser adotadas para garantir os cuidados primários de saúde a todos os povos. (OMS, 1978)

Uma das recomendações constantes no documento citado diz respeito ao alcance de níveis aceitáveis de saúde para todos os povos e, para que seja possível realizar esta meta, faz-se necessário a criação de uma política que garanta a independência e a paz entre as nações. A implementação desse objetivo é possível se os governantes priorizarem o uso de parte dos recursos que os países destinam às guerras e à contenção de conflitos, investindo essas verbas no desenvolvimento social e econômico, no que tange aos cuidados primários de saúde.

Diante do que foi exposto neste tópico e levando em consideração o contexto atual do Brasil e dos demais países do mundo em relação à garantia do acesso de todos os povos aos cuidados primários de saúde, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde conclama a todas as nações, governos, OMS e UNICEF a tomarem iniciativas, com urgência, no sentido de proporem ações eficazes e efetivas para colocar em prática os cuidados primários de saúde, seguindo as diretrizes da Declaração de Alma Ata (OMS, 1978).

Atenção primária à saúde (APS)

Em termos mundiais, a definição do conceito de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiu após a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1978, no Cazaquistão.

No Brasil, foi em 1991 que a promoção e proteção da saúde no âmbito individual e coletivo, segundo o que preconiza o sistema de Atenção Primária à Saúde (APS) evidenciou-se como uma das estratégias fundamentais para alcançar o objetivo de “Saúde para todos” até o ano de 2000, conforme recomendado no texto da Declaração de Alma Ata.

A APS atua como um filtro, no sentido de estruturar o fluxo de serviços e o atendimento dos cidadãos nas instituições públicas de saúde. Este modelo de gestão caracteriza-se como um agrupamento de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, com o objetivo de promover iniciativas que visem a proteção da saúde, a prevenção, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de doenças e suas sequelas, com foco na manutenção da qualidade de vida e buscando fortalecer o SUS por meio de uma rede de atenção diferenciada nos atendimentos prestados à coletividade. A APS caracteriza-se como o primeiro nível de atenção em saúde e sua concepção está baseada no mais alto grau de descentralização e capilaridade. Por esse motivo, é um programa que alcança e salva vidas, que leva as equipes de saúde até as pessoas, atendendo-as nas localidades onde residem ou trabalham.

Para fazer com que o programa de Atenção Primária à Saúde (APS) se tornasse realidade e, de fato, cumprisse a função para a qual foi idealizado, que é atender a população no local onde reside ou trabalha, foi necessário criar múltiplas estratégias governamentais

associadas a outros recursos, dentre elas, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) que desempenha a sua função por meio da prática de serviços multidisciplinares na área da saúde, como, por exemplo: consultas, exames, vacinas e radiografias, tendo em vista atender os usuários do SUS por meio das Unidades de Saúde da Família (USF).

Além das iniciativas acima descritas, o Governo elaborou a Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS), documento que tem por objetivo nortear as ações básicas de saúde e dar suporte aos gestores municipais na tomada de decisões e, também, orientar a população quanto aos serviços disponíveis na APS.

Existem outras iniciativas governamentais que visam dar suporte à saúde coletiva, como o Programa Saúde na Hora e Médicos pelo Brasil, que são executadas nas Unidades de Saúde da Família (USF), nas Unidades de Saúde Fluviais, nas Unidades Odontológicas Móveis (UOM) e nas instituições acadêmicas de Saúde.

Evidenciam-se, também, nesse conjunto de iniciativas da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), outros programas voltados ao atendimento da população em sua localidade. Dentre eles, estão o Programa Saúde na Hora, o Médicos pelo Brasil, o Previne Brasil e a Estratégia da Família.

A Atenção Primária à Saúde destaca-se dentre as iniciativas governamentais de cuidados em saúde coletiva por ser a principal entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), por conectar toda a rede do SUS que é um órgão orientado pelos princípios da universalidade (acesso a todos, sem discriminação), da acessibilidade, da continuidade do cuidado, da integralidade (ouvir o usuário e entendê-lo, inserindo-o em seu contexto social) da atenção, da responsabilização, da humanização e da equidade (priorizar os que mais necessitam para alcançar a igualdade).

Segundo Starfield (2002), existem quatro atributos básicos que devem estar presentes nos serviços de Atenção Primária à Saúde, que são:

- 1) Atenção ao primeiro contato – ser acessível ao cidadão, tanto em relação às suas necessidades básicas de saúde, quanto a qualquer nova demanda que ele solicitar, independente do lugar e do horário em que o paciente procurar atendimento;
- 2) Continuidade do atendimento – a partir da identificação dos indivíduos junto ao SUS, os serviços de Atenção Primária à Saúde devem tornar-se referência regular de atendimento para estes cidadãos, observadas as especificidades de cada caso, caracterizando-se como um elo entre a comunidade e a unidade que presta o serviço de saúde, atuando de forma eficiente sempre que necessário;
- 3) Integralidade do serviço – essas unidades de atendimento que são o primeiro nível de acesso dos cidadãos aos serviços de saúde têm a responsabilidade de disponibilizar toda a estrutura necessária para identificar sintomas e realizar exames que

identifiquem doenças prematuras, mesmo que seja preciso encaminhar o paciente, em algumas circunstâncias, para outros níveis de atenção. Porém, sempre acompanhando o processo e sendo responsável pelo atendimento, além de funcionar como um canal que interliga o Sistema de Saúde à comunidade por meio de visitas domiciliares, reuniões e realização de ações preventivas e, desse modo, ampliando o conceito de saúde do ponto de vista social;

- 4) Coordenação e integração do cuidado – independentemente do local de atendimento e das equipes de profissionais, deve existir uma coordenação responsável pela integração das informações registradas onde constem os dados dos cidadãos, referentes a consultas ou visitas anteriores, que subsidiam os profissionais na continuidade do atendimento como, por exemplo, um prontuário médico.

Além desses atributos, os serviços de Atenção Primária à Saúde devem contar com uma equipe mínima de pessoas, formada por profissionais com características multiprofissional e interdisciplinar, que contenha um médico de família e um enfermeiro especialista em saúde da família. Dependendo das condições de saúde da população da região a ser atendida pela APS, outras especialidades podem ser incluídas na equipe, tais como: fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais etc.

Sistema único de Saúde - SUS

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, que destaca em seu artigo 196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 2008). O SUS é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, sendo o único a constar em destaque na Carta Magna de um país, de modo a garantir legalmente a assistência médica integral e gratuita para a sua população.

Mas, até alcançar esse patamar de ter o direito à saúde da população assegurado em sua Constituição Federal, o Brasil passou por vários movimentos que marcaram a luta do seu povo por um sistema público de saúde, principalmente nas décadas de 1970 e 1980. Uma ação importante, nesse sentido, teve origem a partir da pressão de grandes empresários que não admitiam que seus funcionários se ausentassem do trabalho por motivo de doença.

Sentindo-se pressionado pelas reações da população que reivindicava o direito à saúde, o Governo criou, em 1977, o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS). Tratava-se de um sistema híbrido, sustentado financeiramente pelo Estado, pelos empregadores e pela parcela dos cidadãos que trabalhava formalmente, pelo regime celetista, aqueles que possuíam Carteira de Trabalho e contribuía com a Previdência Social.

Nesse período, o sistema de saúde no Brasil era estruturado em três categorias: 1) Os segurados do INAMPS, ou seja, quem contribuía mensalmente com a Previdência Social fazia parte do grupo de pessoas que tinham acesso à rede pública de saúde; 2) Os cidadãos que não se enquadravam na primeira categoria e que tinham maior poder aquisitivo procuravam atendimento no sistema privado de saúde ; e 3) As pessoas que não tinham emprego formal, nem condições de arcar com os custos dos atendimentos na rede privada de saúde, recorriam a instituições como as Santas Casas de Misericórdia e os hospitais universitários que prestavam assistência gratuita a essa parcela da população.

Com a estruturação do SUS, a partir da década de 1980, o Estado passou a atender toda a população brasileira, em cumprimento ao direito garantido indistintamente a todas as pessoas de terem acesso à saúde universal e gratuita, financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme artigo 195 da Constituição Brasileira. Na Tabela 1, a seguir, está descrito, desde 1941 até os dias atuais, a linha do tempo com eventos de como se deu o processo de construção do Sistema de Saúde no Brasil.

Tabela 1 – Construção da Saúde no Brasil

Ano	Eventos
1941	1ª Conferência Nacional de Saúde: Defesa sanitária, assistência social, proteção da maternidade, infância e adolescência.
1950	2ª Conferência Nacional de Saúde: Higiene e segurança do trabalho e prevenção da saúde dos trabalhadores e gestantes.
1953	Criação do Ministério da Saúde
1961	Instituído o Código Nacional de Saúde.
1963	3ª Conferência Nacional de Saúde: Proposta inicial de descentralização do sistema de saúde.
1966	Criação do Instituto Nacional da Previdência Social –INPS, resultado da fusão dos institutos de aposentadoria e pensões do setor privado até então existentes.
1967	4ª conferência Nacional de Saúde: Recursos humanos necessários às demandas de saúde no País

Ano	Eventos
1975	5ª Conferência Nacional de Saúde: Elaboração de uma política nacional de Saúde. Implementação do Sistema Nacional de Saúde; Programa de Saúde Materno-Infantil; Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica
1977	6ª Conferência Nacional de Saúde: Controle das grandes endemias e interiorização dos serviços de saúde. Foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
1978	Conferência Internacional sobre os cuidados Primários à Saúde em Alma Ata (atual Cazaquistão)
1980	7ª Conferência Nacional de Saúde: Implantação e desenvolvimento de serviços básicos de saúde – PrevSaúde. Extensão das ações de saúde por meio dos serviços básicos
1986	8ª Conferência Nacional de Saúde: Marco da Reforma Sanitária. Saúde como um dever do Estado e um Direito do cidadão; Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento Setorial
1987	Início das ações governamentais com vistas à institucionalização do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), no estado do Ceará, como uma estratégia abrangente de Atenção Primária Saúde (APS). Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, et al (2000)
1988	Promulgação da Constituição Federal, que definiu em seu artigo 195: Saúde é direito de todos e dever do Estado. A Constituição Brasileira reconhece, por meio de seu texto, o direito de acesso universal à saúde a toda a população, por meio de um Sistema Único de Saúde.
1989	Registro do último caso de poliomielite no Brasil
1990	Foi regulamentado o Sistema Único de Saúde - SUS. Foram criadas as Leis n.º 8.080 e n.º 8.142 que regulamentam os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS. Criação do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, com base no Decreto nº 99.350 de 27 de junho de 1990. Este órgão foi criado a partir da fusão do Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

Ano	Eventos
1991	Estruturação da rede de Atenção Básica em Saúde, com a implementação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde
1992	9ª Conferência Nacional de Saúde: descentralizando e democratizando o conhecimento. Municipalização é o caminho. Aprovação da Norma Operacional Básica (NOB 01/1992). Programa de Reorganização dos Serviços de Saúde.
1993	Descentralização e municipalização dos serviços e a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
1994	Estruturação da Saúde da Família com equipes multidisciplinares atuando nas comunidades.
1995	Regulamentação do Sistema Nacional de Auditoria no âmbito do SUS.
1996	10ª Conferência Nacional de Saúde: Construindo um modelo de atenção à saúde voltado à qualidade de vida do povo brasileiro. Acesso e distribuição de medicamentos aos portadores de HIV/Aids. Redefinição do modelo de gestão do SUS que disciplina as relações entre União, Estados, Municípios e o Distrito Federal. Aprovação do tema 3 – Modelo de Gestão em Saúde, com ações nas áreas de informação, educação e comunicação/IEC
1997	Criação do Piso de Atenção Básica (PAB) - repasse de recursos ao gestor municipal, definindo um valor per capita anual, levando em conta o número de habitantes atendidos pelo Sistema de Saúde de cada comunidade. Criação do Disque Saúde
1998	Sistema Nacional de Transplantes. Plano Estratégico de Mobilização Comunitária para o Combate à Dengue

Ano	Eventos
1999	<p>Criação da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) - início de uma nova etapa no registro e fiscalização de medicamentos e alimentos.</p> <p>Política Nacional dos Medicamentos Genéricos</p>
2000	<p>11ª Conferência Nacional de Saúde - Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social.</p> <p>Criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar - Regulamentação do setor privado de saúde</p>
2001	<p>Criação da Lei n.º 10.216 que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais</p>
2002	<p>Publicação da Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS 01/2002), que define a regionalização e a assistência à saúde.</p> <p>Políticas Nacionais de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas e de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências.</p>
2003	<p>12ª Conferência Nacional de Saúde - Conferência Sérgio Arouca - Saúde: um direito de todos e um dever do Estado. A saúde que temos, o SUS que queremos.</p> <p>Criação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).</p> <p>Foi instituído, por meio da Lei nº 10.708, o Programa “De Volta para Casa” com o objetivo de auxiliar no processo de reinserção social de pessoas com história de internação psiquiátrica</p>
2004	<p>Políticas Nacionais de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de Humanização do SUS e de Saúde do Trabalhador.</p> <p>Programa “Brasil Sorridente” - Um conjunto de ações para melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira.</p> <p>Programa “Farmácia Popular do Brasil”.</p> <p>Criação da Empresa Brasileira de Hemoderivados e Biotecnologia (Hemobras).</p>

Ano	Eventos
2005	Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Publicação do Plano Nacional de Saúde
2006	Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e da Gestão - conjunto de reformas institucionais do SUS, estabelecidas pelas três esferas de gestores: Federal, Estadual e Municipal, com objetivos e metas compartilhadas entre os entes envolvidos no pacto. Política de Saúde da Pessoa Idosa
2007	13ª Conferência Nacional de Saúde - Saúde e qualidade de vida: políticas de Estado e desenvolvimento. Política Nacional sobre o Álcool e veiculação de campanhas sobre o consumo abusivo de bebidas alcoólicas. O governo decreta a licença compulsória do medicamento antirretroviral Efavirenz
2008	Ação efetiva para regulamentação da Emenda Constitucional n.º 29, que trata do financiamento das ações e serviços públicos de saúde
2009	Lançamento da Campanha Nacional de Prevenção à Influenza H1N1. Política Nacional da Saúde do Homem. Inauguração do Laboratório Nacional de Células-Tronco Embrionárias (LANCE): centro de estudo para produção de células-tronco
2010	Criação da primeira plataforma digital brasileira destinada ao cadastramento de pesquisas clínicas realizadas em seres humanos. Universidade Aberta do SUS. Criação da Secretaria Especial de Saúde Indígena

Ano	Eventos
2011	<p>14ª Conferência Nacional de Saúde: Todos usam o SUS! SUS na Seguridade Social, Política Pública, patrimônio do Povo Brasileiro. Acesso e acolhimento com qualidade: um desafio para o SUS.</p> <p>Estratégia Rede Cegonha: rede de atenção à saúde materno-infantil.</p> <p>Regulamentação da Lei nº 8.080, de 19/09/1990, que dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS.</p> <p>Plano Nacional de Enfrentamento de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.</p> <p>Regulamentação do Cartão Nacional de Saúde.</p> <p>Programa Saúde Não Tem Preço</p>
2015	<p>15ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE (2015). Tema central "Saúde pública de qualidade para cuidar bem das pessoas: direito do povo brasileiro"</p>
2018	<p>Em 2018, uma nova conferência internacional reafirmou o compromisso da OMS com a APS e a cobertura universal de saúde com o lema "Saúde para todos". Países de todo o mundo assinaram a Declaração de Astana (WTO, 2018) alinhando-se com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) (ONU, 2015) e conclamou os países a adotar ações em quatro áreas-chave: 1) escolha de políticas ousadas para a saúde; 2) construção de cuidados de saúde primários sustentáveis; 3) capacitação de indivíduos e comunidades; e 4) alinhamento dos ideais das partes envolvidas às políticas, estratégicas e planos nacionais</p>
2019	<p>16ª Conferência Nacional de Saúde (8ª+8) - Tema: Democracia e Saúde: resgate da histórica 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986.</p> <p>Em 31 de dezembro de 2019, a Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada sobre a ocorrência de vários casos de pneumonia na cidade de Wuhan, província de Hubei, na República Popular da China. Tratava-se de uma nova cepa (tipo) de coronavírus que não havia sido identificada, até então, em seres humanos.</p>

Ano	Eventos
2020	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (COVID-19): declarada pela OMS em 30 de janeiro de 2020 em Genebra, Suíça
2021	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (COVID-19): declarada pela OMS em 30 de janeiro de 2020 em Genebra, Suíça
2022	Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional (COVID-19): declarada pela OMS em 30 de janeiro de 2020 em Genebra, Suíça. Surto de varíola dos macacos: um surto em andamento da doença varíola dos macacos foi confirmado em maio de 2022, começando com um conjunto de casos encontrados no Reino Unido.

Fonte: SUS Construção Coletiva e a saúde no Brasil – adaptado pelo autor

A Construção do Sistema Único de Saúde do Brasil resultou de ações conjuntas de todos os órgãos que compõem a saúde pública do país. Suas políticas foram instituídas, começando pela base, pela porta de entrada do cidadão nos programas de acesso à rede referenciada, que são os centros e postos de saúde, passando pelos hospitais públicos, inclusive os universitários, os laboratórios e os hemocentros e pela vigilância ambiental, além das fundações de saúde e dos institutos de pesquisas acadêmicas e científicas, como a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e o Instituto Vital Brasil.

O SUS disponibiliza à população brasileira desde atendimentos primários até procedimentos complexos como cirurgias de alto risco, bem como serviços de emergências através do atendimento Móvel de Urgência (SAMU), além de fornecer vacinas e remédios gratuitos para os cidadãos, com vistas a prevenir e tratar diversos tipos de doenças, tais como: diabetes, pressão alta, asma, HIV e Alzheimer. Também atua no financiamento de pesquisas em epidemiologia e fiscaliza a qualidade de alimentos produzidos por empresas comerciais por meio da Agência de Vigilância Sanitária (ANVISA).

Dos princípios constitucionais

De acordo com os artigos 196 a 198 da Constituição Federal Brasileira, o SUS está orientado como um sistema jurídico, embasado em cinco princípios básicos, que são: a universalidade, a integralidade, a equidade, a descentralização e a participação social. (CF, 1988)

Da universalidade

O acesso aos serviços de saúde é um direito fundamental de todo cidadão brasileiro, partindo do princípio constitucional de que a saúde é um “direito de todos e dever do Estado”. Esse preceito é considerado uma cláusula pétrea, isto é, não pode ser retirada da Constituição Federal, por tratar-se de um direito e uma garantia individual, de acordo com o

artigo 196, em consonância com o que dispõe o artigo 60, parágrafo 4, inciso IV. (CF 1988)

Da integralidade

É dever do Estado prestar atendimento integral à saúde de sua população, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais, garantido assim, a toda e qualquer pessoa, acesso à rede pública de saúde em qualquer lugar onde resida ou trabalhe. Para tanto, o Governo tem por obrigação determinar um conjunto de ações nesta área, que vão da prevenção à assistência curativa, em todos os níveis de complexidade, como forma de garantir um sistema de saúde integral dirigido a promover, proteger e recuperar a saúde de seus cidadãos, conforme artigo 198 da CF (CF, 1988)

Da equidade

De acordo com a Constituição Federal, no artigo 5º, “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”. Entretanto, o acesso igualitário (princípio da equidade) não significa que o SUS dispense tratamento igual a todos mas, sim, que sejam respeitados os direitos de cada um, de acordo com as suas diferenças. Esse princípio está ancorado em um mandamento constitucional que dispõe que “saúde é direito de todos”, previsto no artigo 196.

Entretanto, as desigualdades regionais e sociais existentes no Brasil são fatores que desencadeiam a injustiça e, com isso, fere-se o princípio da equidade, uma vez que localidades mais carentes podem demandar mais gastos em relação a outras mais favorecidas economicamente.

Por esse motivo, o Estado deve concentrar seus esforços e investimentos em zonas territoriais com piores índices de desenvolvimento e com deficiência na prestação dos serviços públicos. A própria Constituição postula em seu Título I “Dos Princípios Fundamentais”, artigo 3º, seus objetivos fundamentais, dentre eles “reduzir as desigualdades sociais e regionais” e “promover o bem de todos”.

Da descentralização

Segundo o artigo 198, da Constituição Federal, “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo [. . .]” Nesse sentido, o SUS atua em todos os níveis da federação, abrangendo a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios.

Desse modo, estão caracterizadas, dentro da Lei máxima do país, as responsabilidades de cada ente federativo. Ou seja, o Governo Federal é responsável pelas ações nacionais, ao Governo Estadual e Distrital compete atuar no âmbito estadual e no Distrito Federal, estendendo-se a mesma regra para os Municípios. É assim que os cidadãos têm acesso aos serviços de saúde nas localidades onde vivem e encontram meios de cobrar do Governo a criação de canais de comunicação que favoreçam o diálogo entre a sociedade civil e os gestores sobre as políticas públicas locais.

Da Participação social

É necessário promover a participação popular na discussão das políticas de saúde para que seja dada maior legitimidade aos programas do SUS e às ações implementadas por esse órgão em todo o país. Há previsão legal nesse sentido, conforme descrito no artigo 198 da Constituição Federal, inciso III, que afirma a “participação da comunidade” nas ações e serviços públicos de saúde, com o cidadão atuando na formulação e no controle de execução de tais políticas.

Esse princípio, também denominado de controle social, define os usuários do sistema público de saúde como participantes da gestão do SUS, por meio das Conferências de Saúde que são realizadas a cada quatro anos em todos os entes federativos do país. Para garantir a participação popular, os Conselhos de Saúde estabelecem uma paridade para acesso da sociedade nas referidas conferências, da seguinte forma: aos usuários dos programas de saúde é assegurada a metade das vagas, ao Governo, um quarto e aos trabalhadores mais um quarto, de modo a incluir toda a população em decisões desta natureza. O objetivo, com esta iniciativa, é reforçar a defesa do cidadão frente ao Estado, preservando assim, a existência do sistema de saúde e dando voz ao cidadão para lutar pela melhoria e efetividade dos serviços prestados.

Da estrutura – financiamento

O financiamento para a manutenção do SUS tem como base os recursos financeiros provenientes do Orçamento da Seguridade Social, além de verbas advindas da União, dos Estados, dos Municípios e de outras fontes.

São seis os blocos de financiamento do SUS, que abrangem: 1) Atenção Básica; 2) Atenção de Média e Alta Complexidade Ambulatorial e Hospitalar; 3) Vigilância em Saúde; 4) Assistência Farmacêutica; 5) Gestão do SUS; e 6) Investimentos na Rede de Serviços de Saúde.

Para fazer o repasse das verbas federais aos Municípios e ao Distrito Federal, referentes ao custeio das despesas com ações e serviços públicos de saúde, são considerados três componentes: capitação ponderada (cadastro de pessoas), pagamento por desempenho (indicadores de saúde) e incentivo para ações estratégicas (credenciamentos/adesões a programas e ações do Ministério da Saúde).

Um fator relevante a ser considerado em relação a este tema é que a participação da União no financiamento para a manutenção do SUS tem diminuído gradativamente. No ano 2000, o percentual era de 72% e o restante, 28%, ficava a cargo dos Estados e Municípios. Em 2019, o repasse da União foi de 42%, contra 58% sob responsabilidade dos Estados e Municípios.

Até 1985, o orçamento da saúde era vinculado à arrecadação do Governo Federal. Mas, com a entrada em vigor da Emenda Constitucional 95 (“Emenda do teto de gastos”) que corrige os gastos do governo federal, conforme a inflação do ano anterior, esta realidade mudou. (37). Para revisar a Tabela de Procedimentos do SUS, um grupo de trabalho (GT) da Câmara dos Deputados, formado em 2019, passou a adotar a mesma tabela usada

pelos planos de saúde com o objetivo de minimizar o impacto orçamentário nos honorários médicos dos profissionais que prestam serviços na rede pública de saúde.

Da estrutura – cartão nacional de saúde

O Cartão Nacional de Saúde é o documento de identificação do usuário do SUS e foi criado com o objetivo de unificar os dados pessoais e permitir o acesso às informações das pessoas que utilizam o sistema público de saúde.

Por meio desse documento é possível ter acesso aos procedimentos realizados no âmbito do SUS, tanto em relação ao usuário, quanto ao profissional que os realizou e à unidade de saúde onde foram realizados. Usuários, profissionais de saúde e unidades de atendimento conectam-se por meio de um número nacional de identificação.

A implantação do Cartão Nacional de Saúde foi regulamentada pela Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001) e aprovada pela Portaria nº 95 do Ministério da Saúde, de janeiro de 2001.

Da estrutura – avaliação dos usuários

Um artigo publicado no jornal O Globo, em julho de 2018, contendo dados de uma pesquisa do Datafolha atribuída ao Conselho Federal de Medicina (CFM), contém elementos relevantes sobre a avaliação dos serviços prestados pelo sistema público de saúde do Brasil. O estudo aponta que a maior parte da população, 77%, avalia o SUS como bom, ótimo ou regular. De acordo com Brunet (2018), “isso é quase um milagre”. A observação do autor deve-se ao fato de que o SUS sempre foi mantido por subfinanciamento. Esta percepção do estudioso é ainda mais reveladora quando se avalia o acesso do cidadão à saúde no Brasil.

O citado artigo ressalta que as Unidades Básicas de Saúde (UBS), onde são prestados os serviços de vacinação, consultas médicas e enfermagem foi destaque nesse estudo que apontou que 97% dos entrevistados declararam ter buscado atendimento na rede pública de saúde nos últimos dois anos.

Com relação ao uso do SUS, 39% dos participantes da pesquisa avaliaram o atendimento recebido como ótimo ou bom, 38% consideraram regular e apenas 22% dos entrevistados desaprovaram, qualificando como ruim ou péssimo o serviço prestado pela rede pública de saúde no Brasil. Entretanto, o sistema está sobrecarregado, mesmo com a ampliação do número de unidades básicas de atendimento.

Os cortes nas verbas de financiamento do SUS têm colaborado para elevar o número de reclamações, dentre elas, está a questão do atendimento especializado ambulatorial e hospitalar. Esse foi o quesito pior avaliado, principalmente quanto ao acesso, onde 74% dos usuários declararam a dificuldade em conseguir atendimento, principalmente internação hospitalar, cirurgias e UTIs.

Brunet (2018), destaca que a procura pelos serviços ofertados pelo SUS tem aumentado, motivada pelo elevado crescimento do desemprego e a diminuição da quantidade de usuários de planos de saúde. A migração desses cidadãos para a rede pública tem demandado do sistema um nível de serviço e tempo de respostas condizentes com as ne-

cessidades desse novo público e o SUS não consegue responder a estas demandas dentro de um prazo aceitável. Aliado a esta questão, os cortes nas verbas de financiamento têm sido cada vez maiores, causando ainda mais prejuízos ao o funcionamento do programa, fazendo com que fuja do objetivo para o qual foi planejado inicialmente.

Nesse sentido, Brunet (2018) ressalta que é urgente promover um debate acerca da regulação do SUS com vistas à formação e alocação de especialistas e de serviços especializados no Brasil.

Os números da pesquisa revelaram também a insatisfação dos usuários quando o assunto é a busca por serviços especializados, onde 54% dos entrevistados avaliaram a saúde pública como ruim ou péssima, principalmente quanto ao tempo de espera para atendimento e acesso a profissionais especializados em casos de enfermidades de alta complexidade .

Dados estatísticos, como estes citados, têm o objetivo de mensurar o nível de insatisfação dos usuários do SUS, o que pode ser considerado um aspecto positivo. Mas, por outro lado, estudos desta natureza têm uma perspectiva negativa, pois, ao evidenciar e dar publicidade aos problemas de ordem estrutural fere-se o bom conceito que a Atenção Básica construiu ao longo do seu processo de estruturação. Faz-se necessário ressaltar que esse programa foi sendo ampliado gradativamente, com a criação de outras estratégias como o Programa Saúde da Família, Farmácia Popular e o Programa Mais Médicos para o Brasil.

Um incremento recente ao programa de da Atenção Básica/Primária em Saúde foi a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde - tema deste estudo científico - ação governamental que fortaleceu o trabalho do SUS.

Programa de Agente Comunitário de Saúde – PACS

Os programas de ações comunitárias e medicina comunitária no Brasil tiveram origem a partir de iniciativas da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), que é um órgão internacional que tem como missão trabalhar pela melhoria da saúde e da qualidade de vida dos habitantes dos países das Américas, com o apoio da iniciativa privada norte-americana e de universidades brasileiras.

A primeira área que recebeu incentivo por meio das ações da OPAS, corroboradas pela Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, realizada em Alma Ata, Cazaquistão, foi a medicina comunitária que se destacava como alternativa para mudar o formato como o serviço de saúde no Brasil se estruturava nas décadas de 1970 e 1980 .

Apesar de idealizadas para darem ampla cobertura à saúde coletiva, a abrangência destas estratégias restringiu-se a uma ação secundária em regiões descobertas, as quais não contavam com assistência médica para seus habitantes. Foi a partir daí que vários outros projetos começaram a ser desenvolvidos, dando forma à Atenção Primária à Saúde. Com isso, a necessidade de ter profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde nas equipes do SUS ficou mais evidente, devido à possibilidade de envolver as comunidades

e encorajar as famílias a participarem e contribuírem nos serviços de saúde. (SOUSA, MENDONÇA, LINHARES, 2011)

De acordo com Barreto et al (2018), uma das primeiras práticas caracterizadas como ação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), foi realizada em 1987, no Ceará, estado localizado na região semiárida do nordeste brasileiro, reconhecido por sua pobreza e contraste social. Ali, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sob a coordenação de enfermeiros, começaram a visitar as comunidades residentes nos municípios do interior rural, uma vez por mês, realizando ações de saúde com crianças e gestantes. Essas atividades causaram impacto na redução da mortalidade infantil naquele estado.

O reconhecimento, por parte do Fundo das Nações Unidas para a Infância, pela contribuição deste projeto no bem-estar das crianças e em prol da saúde materno-infantil, ocorreu em 1993, quando o estado do Ceará recebeu o prêmio Maurice Pate, Barreto et al (2018). Na região Norte do País, o foco dessas ações era combater uma epidemia de cólera.

O sucesso dessas experiências fez com que o Ministério da Saúde reconhecesse a efetividade desse serviço, considerando-o como essencial à saúde coletiva da população brasileira. Desse modo, o PACS foi oficializado em 1991. A constituição desse programa teve por objetivo levar as ações básicas de saúde aos núcleos familiares, com atendimento na própria residência, focando a atenção no atendimento materno-infantil. As atividades foram estruturadas de forma a integrar indivíduos, famílias e comunidade, conectando-os aos serviços de saúde localizados nas proximidades onde residiam ou trabalhavam.

O desafio proposto foi que as ações de saúde fossem iniciadas no âmbito familiar e se estendessem para o contexto social do cidadão e demais membros de sua comunidade. Essas transformações ocorrem de acordo com as realidades das populações que habitam as regiões dos estados brasileiros onde existe a cobertura do PACS. (SOUSA, MENDONÇA, LINHARES, 2011)

Importante destacar os critérios de implantação do PACS, visto que existem formalidades que devem ser observadas, dentre elas: a) aceitação por parte das entidades do governo local, isto é, dos municípios; b) presença do Conselho Municipal de Saúde local para aprovação da implantação do programa; c) designação das Unidades de Saúde a serem vinculadas aos PACS em suas respectivas áreas de abrangência; e, d) composição de uma Coordenação Municipal do Programa, em conjunto com a Prefeitura e a Secretaria de Saúde local, destinação de um profissional de nível superior para a coordenação, execução e avaliação das atribuições do programa, além de controlar a formação, capacitação e educação continuada das equipes de trabalho.

Para dar sustentação ao PACS, foram instituídas regras para orientação do trabalho das equipes de saúde e sobre a parte operacional do sistema, abrangendo: a) papéis e responsabilidades em relação ao programa e à equipe de trabalho composta por um orientador, um gestor e um Agente Comunitário de Saúde (ACS); b) processo de seleção

dos ACSs, seguindo as normas definidas pelo SUS e as fases, etapas da seleção; c) estratégia de treinamento onde estão definidas as atividades do profissional de saúde, tanto para cargos de nível superior quanto de auxiliares; e d) acompanhamento e avaliação das atividades desempenhadas pelos ACSs, em conjunto com os Conselhos de Saúde, além fiscalizar os compromissos financeiros e as contrapartidas que devem ser apresentadas pelos envolvidos no programa.

Para que o PACS cumpra as funções para as quais foi idealizado, sua estrutura organizacional e o seu modelo operacional são compostos por níveis de gestão, cujas atribuições são determinadas em conjunto pelos Governos Federal, Municipal e Estadual. Esse modelo configura-se da seguinte forma, conforme demonstra a Figura 3, a seguir:

I) Coordenação Nacional, a cargo do Ministério da Saúde (MS), composta pelo Departamento da Atenção Básica à Saúde (DAB) e pela Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), com as seguintes atribuições: a) traçar diretrizes com os Estados e os Municípios para implantação e execução do PACS; b) elaborar acordos essenciais para a formação de recursos humanos, ou seja, de profissionais para atuarem nas equipes de saúde; c) gerenciar arrecadações financeiras, seguindo os preceitos de descentralização, para sustentação do PACS; d) dar apoio aos Estados e Municípios na execução do programa e na implantação de sistemas de informação para o suporte operacional; e e) dar suporte no monitoramento, controle e avaliação das ações do programa.

Figura 3 – Estrutura organizacional do PACS



Fonte: Elaborado pelo autor

II) Coordenação Estadual, órgão administrativo que faz parte da Secretaria Estadual de Saúde, cujas prerrogativas são as mesmas adotadas pela Coordenação Nacional, adap-

tadas ao contexto local, obedecendo aos princípios do SUS, no que tange à universalização, equidade, integralidade, descentralização e participação popular.

III) Coordenação Municipal, centro de apoio e suporte às atividades dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), subordinado à Secretaria Municipal de Saúde. São atribuições dessa coordenação: a) realizar atividades de supervisão, em conjunto com as equipes do Programa Saúde da Família, no que se refere à formação do ACS; b) elaborar, em conjunto com o Conselho Municipal de Saúde, o plano de ação do ACS; e c) cuidar do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e tarefas dos agentes de saúde locais.

O PACS e o Agente Comunitário de Saúde - ACS

Para que o PACS cumpra a missão para a qual foi criado, é imprescindível definir o papel do profissional que vai desempenhar esta função, quais as ações e atividades desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde, dentre elas a promoção e proteção à saúde e a mobilização e participação das famílias e comunidades.

Em relação à promoção da saúde da população atendida pelo PACS, a realização das atividades do ACS são baseadas na compreensão da realidade das comunidades onde esses profissionais atuam, principalmente nas ações voltadas à educação e orientação. Por isso, são prioridades do programa: a) atenção à saúde da mulher, destacando os cuidados com a saúde e a alimentação no período pré-natal; b) atenção à saúde da criança, especialmente as menores de 5 anos de idade, visando o seu desenvolvimento de modo geral e, também, quanto à nutrição, ao aleitamento materno, à vacinação e aos cuidados para evitar a diarreia e infecções respiratórias; e c) atenção às doenças crônicas e degenerativas, com ações de monitoramento de doenças, na condução do enfermo à unidade de saúde específica, ampliação da visita familiar, destinando atenção particular, se for o caso, conforme instrução da equipe de saúde da família.

Quanto à mobilização e participação das famílias e comunidades nas ações do PACS, é importante destacar que isso só é possível graças ao papel do ACS por meio de visitas a crianças, jovens e adultos em suas residências, atuando como disseminadores de informações, levando até as localidades por eles atendidas orientações sobre educação em saúde, alimentação e nutrição, vigilância e monitoramento das políticas formuladas pelas autoridades sanitárias locais, além de identificar, priorizar e encaminhar os casos mais graves para solução nas unidades de saúde.

Para que o programa obtenha êxito, o processo de seleção e formação dos ACSs é bastante criterioso e fica a cargo do Conselho Municipal de Saúde que, dentre suas várias atribuições, tem a responsabilidade de participar ativamente e com sensatez da etapa seletiva desses profissionais. Inclusive os meios de divulgação local do certame são parte integrante de todo o processo. Com isso, garante-se que a escolha dos ACS seja feita com base em critérios técnicos e com total transparência, o que demonstra a confiabilidade

do PACS. Todas as fases do processo seletivo são conduzidas pelo Município, desde a elaboração das provas, até a aplicação dos testes, com apoio da Coordenação Estadual e, quando necessário, da Coordenação Nacional.

A primeira fase do processo seletivo encerra-se com a convocação dos aprovados na prova escrita. A seguir, vem a etapa referente ao treinamento introdutório. Trata-se de um curso que tem por objetivo preparar o ACS para as atividades práticas cotidianas no território onde ele vai atuar, que vai auxiliá-lo em sua integração com a equipe e com a população local, além de deixá-lo a par das políticas públicas de saúde e promoção da saúde. Essa ação é imprescindível para a atuação do ACS.

Logo após esse primeiro ciclo, os ACS são introduzidos no projeto de educação permanente, conforme as necessidades de cada localidade ou região onde vão atuar. O supervisor da equipe que, na maioria das vezes, é um enfermeiro residente no local e subordinado ao serviço público de saúde, vinculado ao SUS, é um agente fundamental no processo de formação, capacitação e educação permanente dos ACS em suas localidades de trabalho.

Esse profissional, recomendado pela Secretaria Municipal de Saúde, tem as seguintes responsabilidades: a) planejar, executar, monitorar e avaliar a capacitação dos agentes comunitários locais sob sua responsabilidade, bem como, garantir que os mesmos desempenhem com excelência as suas funções; b) supervisionar e orientar o trabalho em campo, com monitoramento e avaliação do desempenho do ACS; e c) participar do processo de registro dos atendimentos realizados pelo ACS, bem como estruturar, validar e explorar os dados, as metas alcançadas pelo programa.

Os resultados obtidos com o PACS, ainda que o programa não tenha atingido a totalidade dos municípios brasileiros, levando a todas as regiões do país os serviços essenciais de saúde, têm sido positivos e demonstrado ser uma estratégia que associa conhecimentos e instrumentos na coordenação da Atenção Básica de Saúde, principalmente se for otimizado na Equipe de Saúde da Família (ESF). (SOUSA, MENDONÇA, LINHARES, 2011)

O Agente Comunitário de Saúde - ACS

No Brasil, a criação do cargo de Agente Comunitário de Saúde (ACS) está inserida em uma estratégia de saúde pública estruturada com a finalidade de diminuir os altos índices de mortalidade infantil nas regiões atingidas pela seca, principalmente no nordeste do país e, também, devido à necessidade de serem implantadas emergencialmente equipes de saúde para atender as vítimas da epidemia de cólera na Região Norte. Foi uma ação tão importante que, rapidamente, o SUS se expandiu para vários municípios, principalmente no estado do Ceará. Segundo Sousa, (2010), “Os primeiros resultados da redução na mortalidade infantil, do aumento do percentual das mulheres que fazem o pré-natal nos três primeiros meses, da diminuição das internações hospitalares por diarreias e infecções respiratórias agudas, do cuidado com os hipertensos, diabéticos, e da ampliação de redes

de atenção à saúde em territórios historicamente vazios, sem nenhum acesso, sinalizam-nos que as linhas do nosso tecido se fortaleciam”. (BRASIL, 2010, p.28).

O objetivo, com a criação dessa estratégia, era incluir ações básicas de saúde nos núcleos familiares, priorizando o atendimento materno-infantil. Desse modo, seria designado estrategicamente um agente de saúde com a atribuição de prestar atendimento aos indivíduos em seus ambientes familiares, por meio de um representante, morador da localidade, selecionado por ter um bom relacionamento com sua comunidade. Essa ação alavancou a formação das equipes de Saúde da Família que foram designadas para reestruturar a Atenção Básica da Saúde. Esses grupos de profissionais eram compostas por, no mínimo, um médico e um enfermeiro com especialidade em pediatria, clínica médica e ginecologia-obstetrícia, respectivamente, um técnico de enfermagem e o ACS. (OPAS, 2018).

O ACS, sob a orientação de um supervisor, enfermeiro ou médico da equipe da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares, mapeando a localidade e produzindo informações com o objetivo de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Conforme definido pelo Ministério da Saúde (MS), são atribuições do ACS: a) participar e incentivar reuniões comunitárias para debates e discussões sobre melhorias da qualidade de vida da comunidade, criando o vínculo entre os moradores e os serviços de saúde; e b) identificar e coletar dados sobre questões sociais, econômicas, sanitárias e culturais e repassar as informações obtidas aos demais integrantes da equipe, colocando-os a par das necessidades e da situação social da comunidade.

Além de desempenhar as funções descritas acima, o ACS deve influenciar a comunidade quanto ao uso apropriado dos serviços de saúde e catalogar nascimentos, doenças e óbitos ocorridos em sua área de abrangência. Uma de suas tarefas é visitar as residências para conhecer as pessoas que moram nos limites de sua atuação, a fim de cadastrar todas as famílias, identificando as gestantes e as crianças de 0 a 6 anos que estarão sob seus cuidados, por meio de visitas domiciliares. Esse profissional é quem faz o elo entre instituições governamentais e não governamentais e as associações comunitárias, com o objetivo de executar, conforme a sua competência, ações e atividades básicas de saúde (BRASIL, 1991, 1994, 2009).

O sucesso do projeto que criou a função do ACS foi tão relevante que o Governo, através do Ministério da Saúde, o transformou, em 1991, no Programa dos Agentes Comunitários de Saúde (PACS), como parte do processo de construção do Sistema Único de Saúde, que já estava previsto no texto da Constituição Federal de 1988.

Atualmente, os ACS encontram-se em duas situações distintas em relação ao SUS: a) vinculados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada segundo os parâmetros da Saúde da Família; e b) vinculados a uma unidade básica de saúde da família, como integrantes da equipe multiprofissional.

A Lei 11.350, de 5/10/2006, regulamenta o trabalho do Agente Comunitário de Saúde

(ACS) e do Agente de Combate às Endemias (ACE). Todavia, segundo essa Lei, enquanto as atividades dos ACS são detalhadas, as funções dos ACE são genéricas, conforme descrito a seguir:

Art. 1º As atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, passam a reger-se pelo disposto nesta Lei.

Art. 2º O exercício das atividades de Agente Comunitário de Saúde e de Agente de Combate às Endemias, nos termos desta Lei, dar-se-á exclusivamente no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, na execução das atividades de responsabilidade dos entes federados, mediante vínculo direto entre os referidos Agentes e órgão ou entidade da administração direta, autárquica ou fundacional.

Art. 3º O Agente Comunitário de Saúde tem como atribuição o exercício de atividades de prevenção de doenças e promoção da saúde, mediante ações domiciliares ou comunitárias, individuais ou coletivas, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor municipal, distrital, estadual ou federal.

Parágrafo único. São consideradas atividades do Agente Comunitário de Saúde, na sua área de atuação:

I - a utilização de instrumentos para diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade;

II - a promoção de ações de educação para a saúde individual e coletiva;

III - o registro, para fins exclusivos de controle e planejamento das ações de saúde, de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde;

IV - o estímulo à participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde;

V - a realização de visitas domiciliares periódicas para monitoramento de situações de risco à família; e

VI - a participação em ações que fortaleçam os elos entre o setor saúde e outras políticas que promovam a qualidade de vida.

Art. 4º O Agente de Combate às Endemias tem como atribuição o exercício de atividades de vigilância, prevenção e controle de doenças e promoção da saúde, desenvolvidas em conformidade com as diretrizes do SUS e sob supervisão do gestor de cada ente federado.

Atualmente, existem 263.109 ACSs em atividade no país, atuando em comunidades rurais, periferias urbanas e municípios urbanizados e industrializados. Com os resultados alcançados pelas ações desse programa, o PACS foi incorporado ao Programa Saúde da Família (PSF) em 1994 (OPAS, 2018).

Em 2018, os ACSs e ACEs passaram a ter um novo regime jurídico, com a alteração da Lei 11.350 de 2006, por meio da Lei 13.595, de 2018, que reforçou a obrigatoriedade de ter nos quadros dos SUS os referidos profissionais atuando na promoção da saúde pública, bem como versando sobre os direitos assegurados a esses trabalhadores.

O agente de combate às endemias – ACE

As epidemias, desde os primórdios da civilização, estão presentes na vida em sociedade, fazem parte da evolução da humanidade (BRASIL, 2019).

Nos dias atuais, as conjunturas sociais relacionadas aos sistemas de produção e a fatores econômicos ainda contribuem para o aparecimento de doenças endêmicas mundo afora. No Brasil, as iniciativas para erradicar os grandes surtos epidêmicos, como a febre amarela, a malária, a leishmaniose e a doença de chagas fazem parte da história da saúde pública (LIMA, 2002).

Em território brasileiro, as medidas de controle de vetor tiveram início com a primeira campanha sanitária contra a febre amarela, realizada no Recife em 1691 (BRASIL, 1994b, P.7), que perpassaram as epidemias que ocorreram no Rio de Janeiro, no século XIX (LIMA, 2002). Tal iniciativa fortaleceu as ações para prevenção dessas endemias, tomando por base principalmente o conhecimento da localidade de atuação do agente de saúde e a prática adquirida no trabalho de campo. Desde então, esse profissional ganhou destaque pela sua presença nos mais diversos contextos de atuação, quando se trata de controle vetorial, tanto urbano quanto rural.

O trabalho do Agente de Combate às Endemias (ACE) foi regulamentado somente em 2006, com a publicação da Lei Federal nº 11.350, de 5 de outubro de 2006. A partir daí, foi reconhecida a importância fundamental desse profissional que atua nas estratégias de vigilância e na promoção de ações em saúde pública, exercendo atividades de controle de endemias e epidemias, vinculado diretamente às equipes de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e dando apoio aos serviços de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental. (TORRES, 2009).

As atribuições do ACE, de acordo com o art. 3º da Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018a), consistem em:

I - Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade, relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde;

II - Realizar ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com os ACSs e as equipes de Atenção Básica;

III - Identificar casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhá-los, quando indicado, à unidade de saúde de referência, assim como comunicar o fato à autoridade sanitária responsável;

IV - Divulgar, entre a comunidade, informações sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção coletivas e individuais;

V - Realizar ações de campo para pesquisa entomológica e malacológica e coleta de reservatórios de doenças;

VI - Cadastrar e atualizar a base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças;

VII - Executar ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de

medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de controle integrado de vetores;

VIII - Executar ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para a prevenção e controle de doenças;

IX - Registrar informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS;

X - Identificar e cadastrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica, relacionada principalmente aos fatores ambientais;

XI - Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores.

Além disso, a Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018a), estabelece algumas ações a serem desenvolvidas de forma integrada com os ACSs (art. 4º-A), principalmente no contexto das atividades de mobilização social por meio da educação popular, dentro das respectivas áreas geográficas de atuação, a saber:

I - Orientação da comunidade quanto à adoção de medidas simples de manejo ambiental para o controle de vetores, de medidas de proteção individual e coletiva e de outras ações de promoção à saúde para a prevenção de doenças infecciosas, zoonoses, doenças de transmissão vetorial e agravos causados por animais peçonhentos;

II - Planejamento, programação e desenvolvimento de atividades de vigilância em saúde, de forma articulada com as Equipes de Saúde da Família;

III - Identificação e comunicação, à unidade de saúde de referência, de situações que, relacionadas a fatores ambientais, interfiram no curso de doenças ou tenham importância epidemiológica;

IV - Realização de campanhas ou de mutirões para o combate à transmissão de doenças infecciosas e outros agravos.

Cabe ressaltar que as atividades dos ACEs não se restringem apenas às ações de controle das arboviroses. Esses agentes de saúde devem desenvolver outras atividades, expressas na lei, supervisionadas por profissionais de nível superior e condicionadas à estrutura da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica.

Programa Saúde da Família

O PACS, criado em 1991, foi antecessor do Programa Saúde da Família (PSF) implementado em 1994 como uma estratégia para reorganizar o modelo assistencial em saúde do Brasil que, até então, era praticado com foco na doença e no médico e não na pessoa como sujeito de direitos, tampouco considerando a importância da equipe de saúde.

Foi o Ministério da Saúde que instituiu o Programa de Saúde da Família, por meio de incentivo financeiro aos municípios para que pudessem introduzir em seus quadros de funcionários as equipes de saúde compostas por médico, enfermeiro e auxiliar de enfermagem para atuarem em conjunto com os ACSs nas localidades onde esses profissionais exercessem as suas atividades. Com esta iniciativa, as ações executadas pelos ACSs

foram ampliadas. Com isso, o PACS mudou sua estratégia de atuação, deixando de focar no indivíduo e passando a centrar-se na família e na ação proativa, agindo de modo a combater os problemas de saúde evidenciados em suas áreas de abrangência. Além destas inovações, foram elaboradas estratégias com o objetivo de envolver a comunidade nos processos relativos à saúde coletiva, tornando o método de acompanhamento das práticas da saúde mais simples. Desse modo, foram constituídas as bases para o PSF.

Vale ressaltar que o UNICEF foi o órgão que manifestou maior interesse em relação aos programas de Atenção Básica à Saúde, na pessoa do técnico Halim Antônio Girade, apoiador do PSF, especialista que fez a ligação entre técnicos, gestores e o próprio Ministro da Saúde da época (Henrique Santillo), além de apoiar financeiramente a construção do programa por meio do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD).

O resultado das ações desenvolvidas pelo PACS, aliado à urgência em integrar novos profissionais às equipes de saúde para potencializar as atividades do ACS, baseado na ação desse profissional no estado do Ceará, com a atuação do enfermeiro como supervisor do ACS e, também, na experiência do programa Médico de Família na cidade de Niterói, foram as referências que embasaram a criação do PSF, por meio da Fundação Nacional de Saúde (FNS).

O documento com as diretrizes iniciais sobre a constituição do PSF foi elaborado em setembro de 1994 (BRASIL, 1994) como um recurso de reestruturação do SUS e da municipalização das ações de saúde, priorizando a introdução destas iniciativas nas áreas de risco definidas no mapa da fome elaborado pelo Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA). Para o financiamento do programa, foi exigido um convênio com o MS com garantia de compensação e especificação dos municípios que seriam atendidos, além da criação de um Conselho Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde.

No referido documento, foram definidas também as questões relacionadas à cobertura do programa, onde cada equipe composta por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis ACSs deveria atender de 800 a 1000 famílias. O texto ainda descrevia a forma de remuneração dos serviços prestados pelos profissionais das equipes de saúde, o regime de trabalho, o campo de atenção e o controle social, além das atividades do programa, das metas estabelecidas na constituição das equipes e dos critérios de financiamento do programa. (POZ, 1998).

Em 1995, com a posse de uma nova gestão no Ministério da Saúde, tendo sido nomeado o Ministro Adib Jatene para gerir o órgão, o PSF recebeu uma maior atenção, principalmente com o avanço das ações voltadas à saúde coletiva e com os resultados do PACS, ao introduzir as ações desse programa e do PSF como recursos para execução da estratégia de implementação do Programa Comunidade Solidária na área de saúde.

Nesse contexto, outra ação importante da gestão do Ministro Adib Jatene, foi a manutenção da forma de remuneração por procedimentos, existente desde 1994 e do formato de transferências de recursos para os estados que, pouco tempo depois avançou,

transformando-se no Piso de Atenção Básica (PAB). Todas estas iniciativas serviam para reforçar ainda mais o processo de reestruturação do SUS.

A partir de 1996, o PSF passou a ter uma maior associação com o PACS, ficando evidente a integração dos dois programas, cujas diretrizes iam ao encontro da equipe de saúde da família, tendo como elo o Agente Comunitário de Saúde. (POZ, 1998).

Com relação ao Programa Saúde da Família, é importante ressaltar que o Sistema Único de Saúde (SUS) tem suas bases ancoradas na promulgação da Constituição Federal de 1988, onde foram definidas as suas diretrizes, dentre as quais destacam-se: a universalidade do acesso a todos os níveis de serviços de assistência aos brasileiros, sem distinção de classe social, renda, etnia e principalmente de ocupação e contribuição; a descentralização de atribuições e responsabilidades envolvendo os estados e municípios e a participação do cidadão na proposição, execução e acompanhamento de políticas de saúde em suas localidades (BRASIL, 1998).

Baseado nesses princípios, o SUS formulou estratégias visando reduzir o distanciamento entre os direitos sociais garantidos por Lei e a competência do Governo em ofertar serviços públicos de saúde à população brasileira.

Ainda que estes princípios não tenham sido atingidos em sua totalidade, são evidentes os avanços obtidos nos últimos tempos, em termos de saúde coletiva, com a consolidação do SUS.

Destaca-se que a criação de uma série de medidas governamentais foi de suma importância para estabelecer a estratégia de Atenção Básica de Saúde no Brasil, interpretada pelo Ministério da Saúde (MS) como um “conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação” (BRASIL, 1998, p7).

Com base nesses princípios, o Programa Saúde da Família (PSF) nasceu, há quase três décadas, e tem contribuído de forma excepcional para o fortalecimento da Atenção Básica à Saúde e para consolidar os fundamentos do Sistema Único de Saúde (SUS). O PSF deixou de ser um programa para tornar-se uma estratégia com vistas a reorientar o modelo assistencial. Este avanço foi possível graças a uma série de ações, dentre elas: manutenção de incentivos financeiros específicos para a área da saúde e a adoção de mecanismos de movimentação de recursos federais baseados em números de habitantes de cada município.

Os fundamentos do PSF ancoram-se na conferência de Alma-Ata, documento que inspirou a criação das políticas de saúde no Brasil. Seus elementos foram reproduzidos na nova referência de proteção social em saúde estabelecida pelo SUS. A instituição do PSF é uma referência na materialização da estratégia de atenção primária na política de saúde brasileira. (PAIM, 2002).

Os princípios que constituem o SUS estão incorporados na Estratégia de Saúde

da Família (ESF), em conformidade com a atenção primária em saúde, determinada por primeiro contato, longitudinalidade, abrangência do cuidado, coordenação e orientação à família e às comunidades, rompendo com a ideia de uma atenção de baixo custo (STARFIELD, 2002).

A equipe de saúde da família é composta por um médico da família, um enfermeiro, um auxiliar/técnico de enfermagem e um agente comunitário de saúde, que atua por área de abrangência, com acompanhamento de suas atividades pelos habitantes da localidade. A intenção do SUS é que a unidade de saúde da família seja a porta de entrada da comunidade ao sistema local de saúde, atuando como um primeiro nível de atenção e integrando, assim, uma rede de serviços complexos.

A equipe de saúde, por meio do ACS que é o elo que liga a comunidade à rede de serviços oferecidos pelo SUS, tem por objetivo identificar as famílias, mapeando os problemas de saúde e as situações de risco existentes em sua localidade para, a partir desse levantamento, definir um programa de atividades que contenha estratégias para enfrentar os causadores de saúde/doença, produzir ações educativas associadas aos problemas de saúde constatados e oferecer assistência às famílias sob sua supervisão, no contexto da atenção básica.

Se a comunidade for muito grande, a recomendação é que a equipe se responsabilize por 600 a 1000 famílias ou, traduzindo em números de pessoas, por 2.400 a 4.500 habitantes. A adoção deste formato, delimitando a ação dos agentes de saúde por famílias ou quantidade de moradores da localidade, foi transformadora. Tanto assim, que o PSF, sob a tutela do MS alcançou, em junho 2004, 84% dos municípios brasileiros, com mais de 20.000 equipes espalhadas por todo o país, e uma abrangência de 38% da população, o que corresponde a 60 milhões de pessoas (BRASIL, 2004).

Os municípios de pequeno porte, onde a estrutura de saúde era mínima ou inexistente, foram priorizados na implantação do PSF. Nas grandes metrópoles, houve muita dificuldade e lentidão na fase de implementação do programa, principalmente nos locais de grande concentração demográfica e alto grau de exclusão da população, sem acesso aos serviços de saúde, aliados às doenças que, comumente, afetam as grandes cidades, além de uma rede assistencial mal estruturada (SOUSA, 2000).

Segundo o estudo intitulado “Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil”, elaborado pelo Núcleo Ciência pela Infância (NCPI) com o intuito de avaliar as relações entre o sistema público de saúde do Brasil, o nível de saúde da população e, principalmente, os impactos da ESF sobre a mortalidade infantil, atualmente existem 43.190 equipes da ESF atuando em 5.480 municípios brasileiros (98,4% do total). A equipe é multidisciplinar, formada por um profissional de medicina, um de enfermagem e um de odontologia, além de dois auxiliares técnicos e agentes comunitários de saúde. Cada equipe atende entre 800 e 1.000 famílias (uma média de 3 a 4 mil pessoas).

Em 2019, 133 milhões de brasileiros foram atendidos pela ESF, o que representa

64% da população do país. Os serviços de atenção básica em saúde, como um todo, atende 74% dos habitantes, o que corresponde a 154 milhões de pessoas (NCPI, 2019).

O PSF transformou-se em uma estratégia definitiva na atenção básica de saúde, deixando de ser meramente um programa quando, em 2006, foi elevado ao status de Estratégia Saúde da Família (ESF). Como ação transformadora, inovou o modelo assistencial em saúde, devido à constituição de sua equipe de trabalho ser multiprofissional, com foco na atenção básica de saúde e orientada para a ação comunitária. Com isso, foi potencializado o desempenho destes agentes, que passaram a atuar munidos de estratégias assertivas sobre os causadores mais comuns na evolução da saúde-enfermidade.

Estratégia Saúde da Família (ESF)

As diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) estão relacionadas à prevenção de doenças, vigilância e promoção, e integralidade do cuidado da saúde tanto das pessoas, individualmente, quanto da coletividade.

Teoricamente, a Atenção Básica de Saúde consiste na união de ações que caracterizam, na prática, a real concepção em Vigilância em Saúde, que é um processo contínuo de coleta e análise de dados com o intuito de implementar medidas de saúde pública que combinam fundamentos e estratégias provenientes das ciências sociais em saúde, da epidemiologia, e do planejamento, reorientando as práticas em saúde, desenvolvendo as referências em promoção, proteção e assistência, com a finalidade de assegurar a integralidade da Atenção em Saúde (SANTANA; CARMAGNANI, 2001).

Coincidentemente, a ESF é uma referência que busca reestruturar a Atenção Básica conforme os princípios do SUS (BRASIL, 1997). Diferente do modelo predominante em saúde, os fundamentos da ESF estão no trabalho em equipe, no diálogo entre profissionais de diferentes áreas e na pluralidade de conhecimentos, habilidades e atitudes, onde os atores envolvidos no processo compartilham mutuamente a preocupação com os cuidados referentes à saúde, indistintamente. Tira-se o foco do indivíduo, da doença em si, deslocando o olhar para a proteção, promoção e prevenção, indo até as famílias e promovendo ações de cuidado integral e contínuo, nas localidades onde residem, levando em consideração os contextos sociais, políticos e econômicos e as transformações decorrentes do convívio em sociedade.

Nesse sentido, os objetivos da ESF são:

Objetivo geral:

Contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

Objetivos específicos:

I. Prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com

resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população adscrita;

II. Intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;

III. Eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;

IV. Humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;

V. Proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;

VI. Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;

VII. Fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida. Estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social. (BRASIL, 1997, p.10)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi definida como o eixo estruturante do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2011, por meio do Decreto Federal nº. 7.508, passou a ser a porta de entrada dos usuários do SUS aos serviços de atendimento inicial à saúde .

Com base nas Pesquisas Nacionais de Saúde (PNS) realizadas entre 2013 e 2019, Giovanella L et al. (2021) argumenta o avanço da ESF, ancorando-se nos indicadores de cobertura de moradores e domicílios por Unidade de Saúde da Família (USF), regularidade da visita do Agente Comunitário de Saúde , busca e tipo de serviço mais comum, divididos por áreas, perímetro rural e urbano, regiões, unidades da federação, escolaridade do responsável pelo domicílio e renda familiar.

No Brasil, de acordo com o artigo elaborado pelo teórico citado, em 2019, 60% dos respondentes das pesquisas declararam que seus domicílios estavam cadastrados em uma USF. Em relação à cobertura por domicílios, 77% dos usuários dos serviços públicos de saúde concentravam-se na área rural e 57% nos perímetros urbanos. Ao visualizar a cobertura por regiões, o Nordeste ficou à frente com 71,1% e o Sul, logo em seguida, com 64,8%. Na sequência, a região Sudeste com 51,9%. Na análise por moradores, foram levados em consideração os estados com cobertura populacional por USF superior a 80%, os quais são: Piauí, com 90%; Tocantins, com 89%; Santa Catarina, com 87%; Paraíba, com 86% e Sergipe, com 82%. Na faixa de cobertura superior a 70% da população, estão: São Paulo, com 21,9 milhões e Minas Gerais com 15,5 milhões, que representa 28,5% do total de moradores cadastrados em USF no Brasil.

O mesmo estudo, em relação ao contexto do país, analisando a cobertura populacional entre 2013 e 2019, constatou que houve um aumento, elevando para 62,6%, no ano de 2019, contra 56,1% em 2013, o contingente populacional assistido pelo SUS, o que representou a inclusão de 11,6% de habitantes nas Unidades de Saúde da Família, por meio da ESF, nesse período. Com isso, os resultados da PNS 2019 afirmaram que a

ESF se manteve como uma política igualitária e elementar, atuando nos moldes de APS, reafirmando a função essencial dos programas que integram o SUS.

É contundente, segundo Giovanella L et al. (2021), distinguir a capacidade da ESF, principalmente quando se fala de cobertura de mais de 131 milhões de cidadãos, quanto à capilaridade no apoio ao enfrentamento da pandemia de Covid-19, em termos de vigilância, identificação, comunicação, evolução e acompanhamento das ocorrências.

Além de atuar na promoção da saúde das famílias nas localidades onde residem, a ESF leva apoio social aos grupos de maior vulnerabilidade, por meio de articulações com entidades e autoridades locais, visando a continuidade dos cuidados da saúde no universo populacional que tem a UBS como porta de acesso aos serviços de procura regular.

Informação, Educação e Comunicação em Saúde – IEC

As ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) tiveram início com a aprovação de suas bases pelo Conselho Nacional de Saúde, Tema 3 - Modelo de Gestão em Saúde¹, em setembro de 1996, conforme estes destaques:

- item nº 2.11, que propõe manter o “setor de Informação, Educação e Comunicação ao nível do Ministério da Saúde e implantar estruturas similares ao nível dos Estados e Municípios”;
- item nº 2.47, que pede a implementação de “ações de Educação e Saúde para capacitação de trabalhadores em saúde, os movimentos sociais e para a população como um todo, baseados em propostas que visem o fortalecimento do SUS, ao exercício da cidadania e à uma compreensão de saúde ligada à qualidade de vida, através da utilização de metodologias participativas e democráticas”;
- item nº 2.48, que busca “garantir recursos financeiros específicos para as ações de educação em saúde”.

Nesse documento, intitulado *Municipalização das Ações e Serviços de Saúde: A Ousadia de Cumprir e Fazer Cumprir a Lei*, consta a inclusão da Educação em Saúde, com base em fatores epidemiológicos, evidenciando que a educação para a saúde deve ser estratégica, visando a promoção da saúde e a prevenção das doenças em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Ignarra (1996).

Para o contexto do presente estudo, faz-se necessário entender melhor esses conceitos, que articulam entre si, Informação, Educação e Comunicação, na visão de alguns teóricos.

A Informação, para Ferreira e Saraiva (2008), é o conjunto de fatos conhecidos ou dados comunicados acerca de alguém ou de algo; tudo aquilo que, por ter alguma característica distinta, pode ser ou é apreendido, assimilado ou armazenado pela percepção e pela mente humanas.

¹

De acordo com Freire (2013), a Educação não pode ser encarada como uma mera transmissão de conhecimento, mas sim como um meio de oportunizar ao educando o desenvolvimento da aprendizagem a partir das suas atividades diárias.

Ferreira e Saraiva (2008) consideram que a Comunicação é um processo que envolve a troca ou emissão, transmissão e recepção de mensagens por meio de métodos e/ou sistemas convencionados. Comunicar significa tornar comum, associar, trocar opiniões, compartilhar. Comunicação é o ato de promover o estímulo de significados entre emissor e receptor, usando signos e símbolos. A estas definições, pode ser adicionada a intencionalidade, conforme teoriza Santaella (2001), onde a autora define intenção como “atividade direcionada a um objetivo, envolvendo, portanto, a validação”.

Considerando a intencionalidade, a comunicação exerce um poder sobre o indivíduo, levando-o a criar expectativas e a usar a habilidade comunicacional para convencer, persuadir, influenciar e despertar interesses e sentimentos. Isso é perceptível quando o emissor, por meio da comunicação, influencia o receptor com uma mensagem. Independente da reação do receptor, a informação desperta nele um conjunto de hipóteses sobre as pretensões do emissor.

Informação, Educação e Comunicação em Saúde

A tríade Informação, Educação e Comunicação em Saúde são termos que se associam e se entremeiam às políticas de saúde. Mas, antes de avançar nesta questão, é preciso compreender cada um desses domínios para, então, ser possível perceber como eles são empregados dentro das estratégias do SUS.

De acordo com Costa e López (1996), Educação em Saúde consiste na união de saberes e práticas que são dirigidos para a promoção da saúde e prevenção de doenças. Esta dinâmica se processa mediante a aquisição do conhecimento científico gerado no campo da saúde que é permeado por profissionais de saúde, os quais disseminam a informação fazendo-a chegar ao dia a dia das pessoas. Compreendendo que a maneira de tratar a saúde-doença permite incorporar novas práticas de saúde (ALVES, 2005).

As ações de Educação em Saúde foram desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, por meio da Divisão Nacional de Educação em Saúde – DNES, a nível federal e, nos estados, pelas Secretarias Estaduais de Saúde. A formulação de documentos contendo as Diretrizes de Ação Educativa em Saúde foi o meio que o Governo utilizou para garantir uma concepção metodológica de ação mútua, em conformidade com os preceitos do SUS (MS, 1987).

A Informação, no âmbito da saúde, está relacionada à estruturação de dados com o propósito de dar suporte à tomada de decisão, quando houver necessidade de interferir em uma dada realidade. Desse modo, a atribuição da informação em saúde é tida como base para intervenção e compreensão de que a “realidade de saúde que traduz, deve influenciar decisões e modificar percepções” Mota (1995).

A Informação em Saúde, inclui decisão, intervenção, avaliação e difusão, consentindo

perceber o “processo saúde-doença, interagir com as forças sociais participantes, possibilitar a análise dos resultados e tomar-se essencial ao processo de difusão desses resultados.” (MOTA, 1995).

A Comunicação em Saúde está relacionada à união da educação sanitária com as técnicas de propaganda usadas como mecanismo para apoiar ações de combate aos vetores de endemias. Quando esse conceito foi introduzido na saúde, o foco era mais voltado para a execução do que para prevenção e remota ao Departamento Nacional de Saúde Pública, órgão que foi transformado no Ministério da Saúde. (RODRIGUES, 1995). A atividade precursora, em termos de Comunicação em Saúde no SUS, está relacionada aos casos de poliomielite da época, quando foi atribuída à área de comunicação realizar uma mobilização nacional para vacinação da população. A partir daí, essa prática tornou-se comum, tendo em vista os resultados da campanha.

Um dos compromissos da IEC é com a busca por um vocabulário que integre símbolos e valores culturais regionais, possibilitando o envolvimento das pessoas na compreensão da saúde como um direito e da educação como um dever do Estado.

Ao combinar esses três conceitos, a partir do entendimento do que seja Informação, Educação e Comunicação em Saúde, fazendo uso das competências de cada área por meio do entrelaçamento dos conhecimentos, será possível apoiar e executar ações que possibilitem a conexão entre conhecimento teórico e empírico. As ações em saúde se fortalecem quando há a participação efetiva de todos os agentes envolvidos no processo. A união de esforços, a interação entre as áreas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde leva ao reconhecimento, identificação e solução de problemas relativos às doenças que afetam a população no âmbito Federal, Estadual e Municipal, permitindo que os tomadores de decisão adotem a melhor resolução no sentido de sanar os desafios existentes nas comunidades atendidas pela ESF.

Por mais que o país tenha avançado, nos últimos anos, criando várias estratégias e colocando-as em prática, o acesso da população aos serviços de saúde e à Informação, garantido na Constituição de 1988, por si mesmo não se faz eficiente para a sustentação do modelo de Atenção Básica proposto nas diretrizes do SUS.

Para que haja o fortalecimento destas ações e, de fato, se alcance o que prevê o texto constitucional, faz-se necessário implementar um programa de atenção à saúde voltado ao bem-estar social, que contenha em suas premissas orientações sobre a criação de meios de transmissão de conhecimentos que possibilitem a interação das três áreas de interesse citadas neste tópico - Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Desse modo, será possível a interação entre os diferentes públicos de interesse, de modo abrangente, alcançando as diferentes esferas da sociedade brasileira.

2.8 Literacia midiática

A Associação Nacional de Educação para a Alfabetização em Mídia, com sede nos EUA, define Literacia Mediática como sendo “a capacidade de acessar, analisar, avaliar, criar e atuar usando todas as formas de comunicação”. Já a CML - Center for Media Literacy (CML, 2019), aponta que a Literacia Mediática é uma abordagem do século XXI, uma inovação em termos de contribuição para a área da Educação.

Os parâmetros que definem a metodologia que embasa a Literacia Midiática a conceituam como uma estrutura eficaz para que o usuário possa, a partir do conhecimento adquirido com esse novo saber, acessar, analisar, avaliar, criar e participar no ambiente cibernético por meio de mensagens que abrangem variadas formas - do formato impresso da notícia ao vídeo e à Internet.

É aqui que entra, no presente estudo, a alfabetização midiática como base para a construção de uma melhor compreensão do papel da mídia na sociedade, bem como permitir ao indivíduo desenvolver habilidades essenciais de investigação e autoexpressão, condições necessárias para o convívio entre os pares, em um regime de Governo que se organiza sob a forma de uma democracia.

Ambas as instituições citadas, ao discorrerem sobre estas duas vertentes do saber, depreendem que a palavra “alfabetização” descreve a capacidade de uma pessoa de ler e escrever, habilidades que se configuram como as bases para que ela possa interpretar a informação, de acordo com o seu grau de letramento.

E estes institutos vão além em suas análises, declarando que a alfabetização em leitura e a alfabetização midiática têm muito em comum, pois a leitura começa com o reconhecimento de letras. Tão logo seja capaz de decifrá-las os leitores são capazes de identificar palavras - e, o que é mais importante, entender o significado do que leem. Os leitores, então, tornam-se escritores.

O ato de ler e escrever torna o indivíduo hábil e experiente, capacitando-o para ser um leitor e escritor apto a desenvolver grande habilidade em termos de alfabetização e, como resultado, alcançar excelentes resultados no que se refere, nesse caso, à alfabetização de notícias.

Conclui-se, a partir do que foi exposto, que a alfabetização midiática capacita os indivíduos para serem pensadores e criadores críticos, comunicadores eficazes, tornando-os cidadãos ativos e inseridos no contexto atual em que todos estão interconectados por meio das redes de comunicação.

De acordo com Leu et al. (2014), o processo de alfabetização evoluiu com o surgimento das novas tecnologias, mas nenhuma inovação tecnológica afetou tanto a alfabetização e com tamanha rapidez quanto o advento da Internet. Entretanto, de acordo com Coiro (2008), ter acesso à Internet é uma coisa; saber pensar criticamente, criar, inovar e participar eticamente em ambientes digitais é uma questão diferente e pode ser o diferencial

nas interações sociais.

A Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2015) declarou que o letramento (termo aqui entendido como literacia) das pessoas que pertencem a classes sociais com maior poder aquisitivo é o fator que lhes garante mais chances de participarem de ações governamentais relativas às atividades voluntárias, saúde, bem-estar e, também, nas decisões de interesse social. No entanto, não há uma compreensão coletiva de como essas habilidades são desenvolvidas, especialmente no âmbito das escolas. Duke e Carlisle (2011) corroboram esse entendimento, destacando que não existe pesquisa que identifique as habilidades desenvolvidas fora da escola que permita visualizar a alfabetização midiática.

O Plano Nacional Educacional e Tecnológico de 2016, do Governo Americano, identificou uma divisão significativa no contexto do ambiente digital, uma linha que separa os alunos que usam as tecnologias de forma ativa e criativa, com posicionamento crítico, daqueles que usam as mesmas ferramentas para acessarem apenas conteúdos de consumo passivo. UNITED STATES DEPARTMENT OF EDUCATION (2016).

Em seus estudos, Leu et al. (2014) identificaram que os alunos que pertenciam a classes sociais de menor poder aquisitivo possuíam menos desenvoltura do que seus pares de classes mais elevadas economicamente, quando a demanda era localizar informações on-line e avaliar criticamente, sintetizar a compreensão de múltiplos textos digitais e apresentar ideias usando os meios de comunicação digital.

Neste contexto, Fullan (2013) corrobora o estudo citado anteriormente no sentido de levantar questões de igualdade, justiça social e cidadania. O estudioso destaca que, partindo do princípio de que todas as crianças e jovens merecem a oportunidade de desenvolver as habilidades necessárias que lhes garantam acesso a emprego e cidadania, então existe a demanda por pesquisas sobre instrução de alfabetização para articular métodos que preencham essa lacuna, criando oportunidades iguais para todos.

Dada a relevância deste tema, estudos visando a criação de uma nova disciplina, dentro dos preceitos da alfabetização midiática, devem ser considerados prioritários por aqueles que se ocupam em buscar meios de estreitar ou eliminar as barreiras que impedem o fluxo da comunicação.

Com foco, principalmente, no que se refere às habilidades necessárias para alfabetização com uso das TICs e da Informação, a UNESCO criou, em 2013, um modelo de currículo para formação de professores, preparando-os para a Alfabetização Midiática e Informacional (AMI). O objetivo é elaborar e implantar uma nova disciplina que possa servir de referência no enfrentamento do problema relativo à falta de conhecimento da sociedade a respeito dos meios seguros e eficazes de identificar a veracidade de uma notícia veiculada nas plataformas digitais.

2.9 Alfabetização Midiática e Informacional - AMI

Com o advento tecnológico, a aquisição de novas habilidades é essencial para se interpretar a qualidade e a veracidade dos fatos que são disponibilizados e divulgados em formato de notícias. A imersão dos indivíduos neste mundo digital inicia-se cada vez mais cedo, possibilitada pelas Tecnologias da Informação e Comunicação.

O fato de as pessoas terem acesso ainda muito jovens aos recursos tecnológicos demanda a criação de novas formas de aprendizagem. Esta realidade evidencia que a alfabetização digital é um campo promissor, despontando neste cenário como uma disciplina que, se for inserida no currículo escolar, pode contribuir para a formação de cidadãos capazes de se posicionarem com segurança diante de uma Informação, identificando a veracidade ou não de um fato.

Nos relatos apresentados por Fullan (2013), especialmente quando ele cita os termos igualdade, justiça social e cidadania, entende-se que tais expressões remetem a uma questão mais profunda, cujo objetivo é atender aos anseios da classe social menos favorecida economicamente.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), entidade criada em 1945, logo após a Segunda Guerra Mundial, tem por objetivo garantir a paz por meio da cooperação intelectual entre as nações. São as Nações Unidas que atuam nas áreas de Educação, Ciências Naturais, Ciências Humanas e Sociais, Cultura, Comunicação e Informação.

Especificamente no que concerne às áreas de Comunicação e Informação, os preceitos da UNESCO estão diretamente ligados a esse trabalho científico, principalmente ao preconizar que é um direito universal de todas as pessoas o acesso à informação. Verifica-se, aqui, a importância do uso das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICs) no desenvolvimento de novas metodologias de ensino que possam preencher o déficit existente nos parâmetros curriculares nacionais com relação ao quesito educação midiática.

Em cumprimento a um dos seus objetivos que é atender as nações partícipes de suas políticas e incentivos para a melhoria da qualidade de vida de uma sociedade, a UNESCO publicou um documento, em 2016, com o objetivo de propor melhorias em relação à alfabetização midiática e informacional (AMI), estendendo seus benefícios a todos os cidadãos do mundo. De acordo com Grizzle (2016) a AMI é:

“A alfabetização midiática e informacional (AMI) é uma base para aumentar o acesso à informação e ao conhecimento, intensificar a liberdade de expressão e melhorar a qualidade da educação. A AMI descreve as habilidades e as atitudes necessárias para valorizar nas sociedades as funções das mídias e de outros provedores de informação, incluindo aqueles na internet, bem como para encontrar, avaliar e produzir informações e conteúdos midiáticos; em outras palavras, apresenta as competências fundamentais para que as pessoas participem de maneira eficaz de todos os aspectos do desenvolvimento” (pág.5).

Nessa publicação, há uma unificação de conceitos entre alfabetização informacional e alfabetização midiática, considerando a liberdade de expressão e o acesso à informação por meio das TICs, tratando estes termos como conceito composto, indissociável. Nesse sentido, para a elaboração do presente estudo científico, serão considerados os parâmetros e recortes da publicação “Alfabetização midiática e informacional: diretrizes para a formulação de políticas”, principalmente o conteúdo constante na parte 2, com o tema: como fazer da AMI uma ferramenta de desenvolvimento. Também servirão como fonte de consulta e validação desse trabalho acadêmico, dados constantes na publicação intitulada “Alfabetização midiática e informacional - Currículo para formação de professores”.

Wilson (2013), em seus estudos, destaca os benefícios e requisitos da AMI e declara que:

“A alfabetização midiática e informacional aprimora a capacidade das pessoas de usufruírem de seus direitos humanos fundamentais, em especial os expressos no Artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo o qual “Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras” (pág.20)

Os principais benefícios da AMI, de acordo com Wilson (2013, p.20), são:

- 1) no processo de ensino e aprendizagem, dota os professores com um conhecimento aprimorado, específico, o que contribuirá com o empoderamento dos futuros cidadãos;
- 2) a alfabetização midiática e informacional transmite conhecimentos indispensáveis sobre as funções das mídias e dos canais de informação nas sociedades democráticas. Além disso, fornece uma compreensão abrangente sobre as condições necessárias para cumprir essas funções efetivamente e trabalha nos indivíduos as habilidades requeridas para avaliar o desempenho das mídias e dos provedores de informação à luz das especificidades que o uso de tecnologias requer;
- 3) uma sociedade alfabetizada em tecnologia e informação promove o desenvolvimento de mídias livres, independentes e pluralistas, e de sistemas abertos de informação.

Os principais requisitos da AMI, de acordo com Wilson (2013, p.20), são:

- 1) a alfabetização midiática e informacional deve ser considerada como um todo e incluir uma combinação de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes);
- 2) o currículo da AMI deve permitir que os professores ensinem aos alunos a alfabetização midiática e informacional com o objetivo de prover-lhes as ferramentas essenciais para que possam engajar-se nos moldes de utilização das mídias e aos canais de informação como jovens cidadãos autônomos e racionais;

- 3) os cidadãos devem ter conhecimentos sobre a localização e o consumo de informações, bem como sobre a produção de conteúdos que alimentam as redes sociais;
- 4) as mulheres, os homens e a parcela da população que vive às margens da sociedade, bem como as pessoas com deficiências, os povos indígenas ou as minorias étnicas devem ter acesso igualitário à informação e ao conhecimento;
- 5) a AMI deve ser vista como uma ferramenta indispensável para facilitar o diálogo intercultural, a compreensão mútua e a interação cultural entre os povos.

Para Wilson (2013), o modelo de Educação Midiática pode ser adaptado à realidade, ao contexto e ao público que a ela tiver acesso, destacando que:

“A Matriz Curricular e de Competências em AMI deve ser interpretada à luz dos contextos específicos em que o referencial será utilizado. Nesse sentido, ela é uma ferramenta flexível que pode ser adaptada a diferentes contextos nacionais. Basicamente, a matriz curricular apresenta uma estrutura para o desenvolvimento de um programa de estudos sobre alfabetização midiática e informacional, em meio a diferentes níveis de engajamento junto às mídias e aos canais de informação. As competências identificam os conhecimentos, as habilidades e a atitude que devem ser desenvolvidos com o currículo”. (pág. 21).

Wilson (2013, p.21) destaca que “de modo geral, o Currículo de AMI incluído nesta publicação visa auxiliar os professores a explorar e compreender a AMI, abordando os seguintes pontos”:

- as funções das mídias e de outros provedores de informação, como eles operam e quais são as condições de excelência necessárias para o cumprimento eficaz dessas funções;
- como a informação apresentada deve ser criticamente avaliada dentro do contexto específico e amplo de sua produção;
- o conceito de independência editorial e jornalismo como uma disciplina de verificação do teor da notícia;
- como as mídias e outros provedores de informação poderiam contribuir racionalmente para promover as liberdades fundamentais e a aprendizagem continuada, especialmente à medida que eles relacionam como e por que os jovens acessam e usam as mídias e a informação, hoje, e como eles selecionam e avaliam esses conteúdos;
- ética nas mídias e ética na informação;
- as capacidades, os direitos e as responsabilidades dos indivíduos em relação às mídias e à informação;

- padrões internacionais (Declaração Universal dos Direitos Humanos), liberdade de informação, garantias constitucionais sobre liberdade de expressão, limitações necessárias para impedir a violação dos direitos do próximo (questões como linguagem hostil, difamação e privacidade);
- o que se espera das mídias e dos outros provedores de informação (pluralismo e diversidade como normas);
- pontes de informação e sistemas de armazenamento e organização de dados;
- processos de acesso, busca e definição de necessidades informacionais;
- ferramentas de localização e busca de dados;
- como entender, organizar e avaliar informações, incluindo a confiabilidade das fontes;
- criação e apresentação de informações em diversos formatos;
- preservação, armazenamento, reutilização, gravação, arquivamento e apresentação de informações em formatos utilizáveis;
- uso de informações para a resolução de problemas e para a tomada de decisões na vida pessoal, econômica, social e política. Apesar de ser extremamente importante, este item representa uma extensão da AMI que está muito além do escopo do presente currículo.

Para a elaboração desta pesquisa, os recortes do Currículo desta publicação, os quais serão usados para explorar e compreender a AMI, são:

- como a informação apresentada deve ser criticamente avaliada dentro do contexto específico e amplo de sua produção;
- como entender, organizar e avaliar informações, incluindo a confiabilidade das fontes;
- uso de informações para a resolução de problemas e para a tomada de decisões na vida pessoal, econômica, social e política.

Sobre a MATRIZ CURRICULAR, Wilson (2013, p.22) destaca que:

“Com base nas recomendações do grupo de especialistas da UNESCO sobre AMI7 e nos módulos desenvolvidos no currículo em consonância com a matriz, foram delineadas três áreas temáticas centrais inter-relacionadas como as áreas curriculares amplas com base nas quais o Currículo de AMI para Formação de Professores foi estruturado”.

Segundo o estudioso, estas são as áreas temáticas centrais da AMI:

- 1) o conhecimento e a compreensão das mídias e da informação para os discursos democráticos e para a participação social;
- 2) a avaliação dos textos de mídia e das fontes de informação;
- 3) a produção e o uso das mídias e da informação.

Para a elaboração desse estudo, a temática presente na Matriz Curricular que será usada para explorar e compreender a AMI, é “a avaliação dos textos de mídia e das fontes de informação.” Reportando aos estudos de Wilson (2013), é possível observar que essa matriz e os módulos curriculares não são prescritivos, o que facilita a adaptação a qualquer estratégia de ensino e às necessidades de diferentes sistemas educacionais e institucionais, nos ambientes em que a disciplina for difundida. Mas, o autor enfatiza que o contato do buscador de conhecimento com a AMI deve ter como premissas os elementos que representam as liberdades fundamentais, de acordo com o Artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos.

No Quadro 5, a seguir, segundo Wilson (2013), estão representadas a área, as metas e as habilidades curriculares centrais que compõem as competências para os professores na Alfabetização Midiática Informacional.

Quadro 5 – Metas curriculares da UNESCO para a AMI e habilidades dos professores

Áreas curriculares	Metas curriculares	Habilidades curriculares
Alfabetização midiática e informacional;	Aprimorar o conhecimento de todo o campo das mídias e de outros provedores de informação, como bibliotecas, arquivos e internet;	Os professores devem conhecer e entender como as mídias e outros provedores de informação desenvolveram-se até alcançar seus formatos atuais. Devem desenvolver habilidades no uso das tecnologias disponíveis para alcançar diferentes públicos, das mídias impressas às novas mídias. Devem ter condições de usar diversas mídias e fontes de informação para desenvolver pensamento crítico e habilidades na solução de problemas e devem transmitir essas habilidades aos seus alunos

Fonte: Wilson (2013)

Ainda considerando os estudos de Wilson (2013, p. 29 e 30), é importante ressaltar este conceito:

“Essa matriz contém nove módulos centrais, dois módulos complementares e três unidades complementares para o enriquecimento do Currículo de AMI. Os módulos fornecem um esboço dos conteúdos e das atividades que podem ser

adaptados pelos professores e pelas instituições de educação de professores nos seus respectivos países”.

Seguindo esse entendimento que abre possibilidades para a adaptação do material didático, podendo aplicá-lo à realidade de qualquer comunidade ou escola, além da liberdade de propor os conteúdos a serem ensinados aos alunos, a proposta apresentada resulta num modelo adaptado para atender especificamente a um contexto onde os indivíduos necessitam de ferramentas que os orientem sobre como interpretar informações independente de dispositivos ou mídias. Por esse motivo, a grade curricular foi reduzida e simplificada, de modo a ajustar-se às demandas de um público de interesse composto por agentes de saúde.

Alfabetização para a educação midiática – Um modelo para a comunidade

Para a elaboração desta proposta serão aplicadas as Competências que foram identificadas a partir da análise de estudos anteriores, para atender ao contexto do projeto, quais sejam:

Competência de AMI 1: a compreensão do papel das mídias e da informação na democracia(Quadro 6);

Competência de AMI 3: o acesso eficiente e eficaz à informação (Quadro 7);

AMI 4 - a avaliação crítica das informações e suas fontes, Quadro 8;

Competência de AMI 5: a aplicação de formatos novos e tradicionais de mídias (Quadro 9).

De acordo com WILSON (2013, p.32) e adaptações do próprio autor, nos quadros a seguir estão listados os módulos do currículo da AMI, relacionados às competências descritas no parágrafo anterior:

Quadro 6 – A compreensão do papel das mídias e da informação na democracia

Competência de AMI 1		
Módulos	Competência	Habilidades
Módulo 1: cidadania, liberdade de expressão e informação, acesso à informação, discurso democrático e aprendizagem continuada;	O professor de AMI começará a familiarizar-se com as funções das mídias e de outros provedores de informação e a compreender sua importância para a cidadania e para a tomada de decisões bem informadas;	Identificar, descrever e avaliar as funções de utilidade pública das mídias e de outros provedores de informação nas sociedades democráticas; Demonstrar uma compreensão de conceitos centrais, como liberdade de expressão, acesso à informação e direitos fundamentais contidos no Artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (DUDH);

Fonte: Wilson (2013) adaptada pelo autor

Quadro 7 – O acesso eficiente e eficaz à informação

Competência de AMI 3		
Módulos	Competência	Habilidades
Módulo 8: alfabetização informacional e habilidades no uso de bibliotecas;	O professor de AMI estará em condições de determinar os tipos de informações necessárias para tarefas específicas e para o acesso à informação de maneira eficiente e eficaz;	<p>Selecionar abordagens eficientes e eficazes no acesso à informação requerida para os propósitos de investigação e busca de informações;</p> <p>Identificar as palavras-chaves e os termos relacionados para acessar as informações requeridas;</p> <p>Identificar uma série de tipos e formatos de fontes potenciais de informação;</p> <p>Descrever os critérios usados para a tomada de decisões e as escolhas informacionais;</p>

Fonte: Wilson (2013) adaptada pelo autor

Quadro 8 – A avaliação crítica das informações e suas fontes

Competência de AMI 4		
Módulos	Competência	Habilidades
Módulo 8: alfabetização informacional e habilidades no uso de bibliotecas;	O professor de AMI estará em condições de avaliar criticamente as informações e suas fontes e de incorporar as informações selecionadas com vistas à solução de problemas e à análise de ideias;	<p>Demonstrar a capacidade de examinar e comparar informações de diversas fontes, a fim de avaliar sua confiabilidade, validade, precisão, autoridade, duração e tendência;</p> <p>Utilizar uma série de critérios (por exemplo: clareza, precisão, eficácia, tendência, relevância dos fatos) para avaliar as mídias informacionais (por exemplo: sites da internet, documentários, peças publicitárias, programas de notícias);</p> <p>Reconhecer preconceitos, trapaças e manipulações;</p> <p>Reconhecer os contextos culturais, sociais e de outra natureza nos quais a informação foi criada e entender o impacto do contexto na interpretação da informação;</p> <p>Entender o alcance das tecnologias ligadas às mídias e estudar a interação das ideias;</p> <p>Comparar os novos conhecimentos com os conhecimentos anteriores, avaliando o valor agregado, as contradições e outras características específicas do universo da informação;</p> <p>Determinar a provável precisão, questionando as fontes dos dados, as limitações da informação, as ferramentas e as estratégias de coleta de dados, além da plausibilidade das conclusões;</p> <p>Usar uma série de estratégias para interpretar os textos de mídia (por exemplo: concluir, generalizar, sintetizar os materiais vistos, fazer referência a imagens ou informações em mídias visuais para apoiar pontos de vista, desconstruir mídias para determinar suas bases subjacentes e decodificar o subtexto).</p>

Quadro 9 – A aplicação de formatos novos e tradicionais de mídias

Competência de AMI 5		
Módulos	Competência	Habilidades
Módulo 6: novas mídias e mídias tradicionais;	O professor de AMI estará em condições de entender os usos da tecnologia digital, das ferramentas e das redes de comunicação para a coleta de informações e a tomada de decisões;	<p>Entender os conhecimentos básicos da tecnologia digital, das ferramentas e redes de comunicação e seu uso em diferentes contextos para diferentes propósitos;</p> <p>Utilizar um amplo leque de “textos” de mídia para expressar suas próprias ideias através de diversos formatos de mídias (por exemplo: impressão tradicional, mídias eletrônicas, mídias digitais etc.);</p> <p>Realizar buscas básicas de informação online;</p> <p>Entender com que propósitos os jovens utilizam a internet.</p>

Fonte: Wilson (2013) adaptada pelo autor

Ao final de sua formação acadêmica, esgotados os conteúdos desses módulos, suscita-se que essa competência e as habilidades a ela inerentes, devem estar presentes, agregadas aos demais conhecimentos dos aprendizes.

Além do recorte nas competências, será necessário definir, também, uma Pedagogia a ser aplicada no Ensino e na Aprendizagem da AMI, que oriente quanto ao uso do currículo, de modo a tornar viável a aplicação de todos os requisitos nele constantes. Nesse caso, cita-se, a título de exemplificação, a “análise de textos” definida por Wilson (2013, p.35 e 37):

“Os estudantes aprendem a realizar a análise de textos por meio da identificação dos códigos e das convenções de diversos gêneros de mídia. A análise semiótica visa a aumentar a compreensão dos conceitos principais. Portanto, os estudantes aprendem a identificar como os códigos e as convenções de linguagem são usados para criar tipos específicos de representações que terão apelo a certos públicos.

Ensina-se os estudantes a identificar os códigos técnicos, simbólicos e narrativos de qualquer texto de mídia. Sempre que possível, esse tipo de análise de texto ocorre dentro de contextos significativos, em vez de ser meramente um exercício acadêmico para seus próprios fins”.

Na atividade proposta, conforme citação, a prática para avaliar a apreensão do conhecimento seria, por exemplo, solicitar aos alunos que selecionem um texto de mídia que seja do seu interesse. Pode ser um artigo da mídia, um vídeo do YouTube ou um videoclipe de uma fonte de notícias online. Em seguida, os alunos formam grupos e analisam o público-alvo da notícia que selecionaram, o propósito do conteúdo, o autor da matéria, as características técnicas/textuais e o contexto no qual a notícia foi elaborada. (WILSON, 2013, p.35 e 37)

Mais uma colaboração de Wilson (2013, p.18) para a elaboração deste trabalho de pesquisa resume-se nesta citação “a Matriz Curricular e de Competências em AMI da UNESCO combina duas áreas distintas – a alfabetização midiática e a alfabetização informacional – em um único conceito: alfabetização midiática e informacional”. Ainda de acordo com o teórico, “alfabetização midiática enfatiza a capacidade de compreender as funções da mídia, de avaliar como essas funções são desempenhadas e de engajar-se racionalmente junto às mídias com vistas à autoexpressão”.

Seus elementos contemplam a compreensão do papel e das funções das mídias em sociedades democráticas; a compreensão das condições sob as quais as mídias podem cumprir suas funções; a avaliação crítica do conteúdo midiático à luz das funções da mídia; compromisso junto às mídias para a autoexpressão e a participação democrática; e a revisão das habilidades (incluindo as TICs) necessárias para a produção de conteúdos pelos usuários.

O quadro 10 representa o recorte nas competências fundamentais da AMI, no que se refere à Alfabetização Midiática, de modo a atender ao contexto das comunidades envolvidas no processo de aprendizado. Cada módulo e unidade foi definido como um modelo inicial de aplicação do método AMI, visando uma aprendizagem rápida e simples, voltada a um público específico.

Quadro 10 – Conteúdo adaptado para a Alfabetização Midiática

ALFABETIZAÇÃO MIDIÁTICA				
Módulo	Unidade	Principais tópicos	Objetivos de aprendizagem	Questões centrais
Módulo 6 – (Competência de AMI 5: a aplicação de formatos novos e tradicionais de mídias - Módulo 6: novas mídias e mídias tradicionais)	Unidade 2: Usos das novas tecnologias de mídia na sociedade – Comunicação de massa e digital (carga horária 2 horas)	Novas mídias e interações sociais – redes sociais etc. As tecnologias de comunicação e o desenvolvimento	Analisar os efeitos da comunicação digital sobre a vida social e política de uma sociedade;	Quem são os proprietários das mídias? Quem cria as mensagens e qual é a mensagem central transmitida?
Módulo 1 - Cidadania, Liberdade de expressão e informação, acesso à informação, discurso democrático e aprendizagem continuada (competência AMI1 - a compreensão do papel das mídias e da informação na democracia)	Unidade 1 – Alfabetização midiática e informacional: Uma orientação. (Carga horária: 2 horas)	Definição de informação e mídia Análise da importância das mídias e de outros provedores de informação	Identificar os resultados e os elementos centrais da alfabetização midiática e informacional;	
Módulo 1 - Cidadania, Liberdade de expressão e informação, acesso à informação, discurso democrático e aprendizagem continuada (competência AMI1 - a compreensão do papel das mídias e da informação na democracia)	Unidade 3 - A interação com as mídias e outros provedores de informação como bibliotecas, arquivos e internet. (carga horária 2 horas)	Como as mídias veiculam significado A questão da representação: como as mídias e outros provedores de informação apresentam informações, pessoas, culturas, imagens, lugares etc.	Entender e descrever os conceitos centrais usados pelas mídias e por outros provedores de informação;	Qual é o propósito do texto de mídia/informação? Como ele é produzido? Quem o criou?

Fonte: Wilson (2013) adaptada pelo autor

Wilson (2013, p.18) afirma que “a alfabetização informacional enfatiza a importância do acesso à informação e a avaliação do uso ético dessa informação”. Os elementos formulados pelo autor compreendem: Definição e articulação de necessidades informacionais; Localização e acesso à informação; Acesso à informação; Organização da informação; Uso ético da informação; Comunicação da informação; e Uso das habilidades de TICs no processamento da informação.

O Quadro 11 representa o recorte nas competências fundamentais da AMI no que se refere à Alfabetização Informacional, de modo a atender ao contexto das comunidades envolvidas no processo de aprendizado. Cada módulo e unidade foi definido como um modelo inicial de aplicação do método AMI, visando uma aprendizagem rápida e simples, voltada a um público específico.

Quadro 11 – Conteúdo adaptado para a Alfabetização Informacional

ALFABETIZAÇÃO INFORMACIONAL				
Módulo	Unidade	Principais tópicos	Objetivos de aprendizagem	Questões centrais
MÓDULO 8: Alfabetização Informacional e Habilidades no uso de bibliotecas; (Competência AMI3 - o acesso eficiente e eficaz à Informação) (Competência de AMI 4: a avaliação crítica das informações e suas fontes)	UNIDADE 1: Conceitos e aplicações de Alfabetização Informacional. (carga horária 2 horas)	Introdução à informação e à alfabetização informacional Conceitos centrais em alfabetização informacional Impactos da informação sobre as sociedades e novas habilidades	Descrever o papel e a importância da informação e a necessidade das habilidades da alfabetização informacional nas sociedades da informação e do conhecimento;	Definição de Informação Definição de Alfabetização Informacional Sociedade da Informação e do Conhecimento
MÓDULO 8: Alfabetização Informacional e Habilidades no uso de Bibliotecas	UNIDADE 2: Ambientes de Aprendizagem e Alfabetização Informacional (carga horária 3 horas)	O guia de solução de problemas informacionais em seis estágios, conhecido como Big6	Entender as diferenças entre a transmissão de informações e a informação para a aprendizagem; Aplicar os estágios do Big6 à solução de problemas informacionais	A matriz de seis estágios para a alfabetização informacional e a solução de problemas informacionais.
MÓDULO 8: Alfabetização Informacional e Habilidades no uso de Bibliotecas	UNIDADE 3: Alfabetização Informacional Digital (carga horária 3 horas)	A natureza da informação online	Realizar buscas online utilizando as técnicas relevantes: mecanismos de busca, diretórios por assunto e portas de ligação (gateways);	Internet e fontes online; Uso de diversas fontes de mídias digitais;

Fonte: Wilson (2013) adaptada pelo autor

O uso do modelo de aprendizagem voltado às Tecnologias de Comunicação e Informação permite a preparação dos usuários de redes sociais para a obtenção de conhecimentos que os capacitem para o enfrentamento de um grande problema informacional que são as notícias falsas.

Ao passar pelo processo de formação nos moldes da AMI, o indivíduo terá o seu senso crítico fortalecido e saberá posicionar-se no momento de buscar uma informação, independente da fonte da notícia e da finalidade para a qual tenha sido elaborada, identificando-a como verdadeira ou não.

Competência em informação e Competência Midiática - Padrões e indicadores

Para a elaboração de um projeto de ensino/aprendizagem com o objetivo de que o conteúdo elencado em uma investigação possa ser validado e aplicado, neste caso, como uma nova disciplina acrescentada a bases curriculares, faz-se necessário ter em mãos um instrumento para avaliar os resultados das competências necessárias naquela área. Neste contexto, faz-se referência às Competências em informação e Competência Midiática.

A pesquisadora Belluzzo (2007), buscando consolidar a união entre as áreas de Informação, Comunicação e Educação, combinou um modelo que pode ser apropriado ao cenário da prática da cidadania, para mensurar os padrões e indicadores de Competência em Informação e Competência Midiática específicos para o Brasil. A autora definiu cinco categorias, com padrões e indicadores que podem ser utilizados para a busca da informação na esfera governamental.

O primeiro padrão indica que o indivíduo competente em informação e mídia define

sua necessidade de informação. Referindo-se a esta categoria, a autora parte do princípio de que o indivíduo sabe de qual informação precisa para construir conhecimento sobre determinado assunto. Os indicadores evidenciam que o cidadão percebe a necessidade de informação, identificando os tipos, formatos e fontes de notícia, considerando os custos e benefícios de aquisição.

Ao se referir ao segundo padrão, a estudiosa aponta que a pessoa competente em informação e em mídia acessa a notícia necessária com efetividade e desenvoltura nos meios de comunicação modernos. Os indicadores utilizados para mensurar os critérios de busca por conteúdos disponíveis nas redes de tecnologia apontam que o pesquisador seleciona os métodos ou sistemas mais apropriados de busca e/ou recuperação da informação para acessar a notícia necessária para a elaboração do seu trabalho. Os resultados, quando considerados desejáveis, apontam que o buscador do saber constrói e implementa uma estratégia de consulta usando códigos e comandos de acordo com o sistema de recuperação de informação utilizado. Por exemplo: a lógica booleana, a ordem alfabética de termos, a referência cruzada etc. E o indicador de desempenho assinala que o cidadão competente em informação reestrutura e melhora a estratégia de busca, quando necessário.

O terceiro padrão de indicadores de Competência em Informação e Competência Midiática assinalado por Belluzzo (2007) aponta que o cidadão competente em informação avalia criticamente o conteúdo e as suas fontes. A competência trabalhada neste padrão tem por objetivo levar o pesquisador a compreender a informação, os seus meios de divulgação e o propósito aos quais se destina. O indicador de desempenho demonstra o tipo de conteúdo e qual tópico foi mais acessado. Os resultados desejáveis descrevem como o indivíduo seleciona a informação relevante baseado na compreensão das ideias contidas nas fontes que as geraram; retratam, também, a compreensão e habilidade que ele possui para interpretar referências bibliográficas encontradas nas bases de dados, como utiliza os recursos tecnológicos para acessar a notícia, de modo preciso e válido; esse padrão, também, ressalta que o pesquisador compreende a necessidade de verificar a precisão e completeza de dados ou fatos, objetos de suas pesquisas.

O quarto padrão aponta que o cidadão competente em informação, atuando individualmente ou como membro de um grupo, usa o conteúdo pesquisado com efetividade para alcançar um objetivo ou obter um resultado. Nesse padrão, se utiliza da informação para exercer a cidadania. O indicador de desempenho, neste caso, aponta se o indivíduo é capaz de sintetizar a informação para desenvolver um trabalho inédito ou complementar um projeto. Como resultados desejáveis, demonstra que o cidadão organiza a informação, utilizando esquemas ou estruturas diversas.

O quinto padrão descreve que o cidadão competente em informação e mídia tem compreensão das questões econômicas, legais e sociais da ambiência do uso da informação e a acessa e usa de modo ético e legal. Nesse contexto, o cidadão demonstra entendimento do cenário do país e de sua posição mundial para tomada de decisões. O indicador de

desempenho assinala que o cidadão demonstra compreensão sobre as questões legais, éticas e socioeconômicas que envolvem a informação e a tecnologia. Quanto aos resultados desejáveis, aponta que o cidadão demonstra compreensão acerca dos fatos relacionados ao direito nacional e internacional de propriedade intelectual e das leis de imprensa. O indicador de desempenho aponta, ainda, que o cidadão cumpre as leis, regulamentos, políticas institucionais e normas relacionadas ao acesso e uso das fontes de informação.

Belluzzo (2007), afirma que as necessidades atuais para o uso das TICs exigem do cidadão competências em interpretar informação, no sentido de perceber se os conteúdos publicados são reais, verdadeiros, neutros ou contaminados pelas opiniões dos autores. Para tanto, as Competências em Informação e Competência Midiática se apresentam como oportunidades de criação de novos conhecimentos e normas que garantem maior compreensão das mensagens transmitidas pelos veículos de comunicação nas principais mídias e plataformas de armazenamento de dados.

2.10 Disseminação de Desinformação na Saúde

Com o objetivo de identificar as evidências atuais e compreender mecanismos de disseminação da desinformação, os autores Wang et al (2019), contribuíram com uma revisão sistemática da natureza e dos potenciais geradores da desinformação relacionada à saúde nas mídias sociais intitulada “Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media”. Para a elaboração dos referidos estudos, os autores empregaram análise de conteúdo, análise de redes sociais ou experimentos e analisaram 57 textos completos, de 57 artigos. Foi observado, por eles, um crescimento no número de artigos publicados sobre desinformação relacionada à saúde e o papel das mídias sociais na propagação dos mesmos. Os resultados demonstram alta prevalência e popularidade de conteúdos sobre desinformação nas mídias sociais. Os principais temas estudados pelos pesquisadores referem-se à desinformação relacionada à vacinação, ao Ebola e à Zika vírus, dentre outros. Os estudos foram baseados na estrutura teórica da psicologia e da ciência de rede.

A maioria dos estudos sobre desinformação em saúde referem-se, principalmente, a vacinas e doenças infecciosas. De acordo com a pesquisa realizada por Wang et al (2019), a quantidade de teses acadêmicas que investigam a desinformação relacionada à saúde aumentou consideravelmente nos últimos anos, passando de sete, em 2012, para quarenta e uma em 2018. Esse crescimento foi potencializado por eventos de conotação política. Os destaques dos estudos científicos no âmbito das universidades referem-se a categoria de doenças transmissíveis (30), infecções pelo vírus Zika (9) e vacinação em geral (8), sendo estes os mais expressivos.

De acordo com esses resultados, percebe-se que há disseminação de desinfor-

mação sobre vários temas no âmbito da saúde e que a literatura que fundamenta esses estudos é centrada em tópicos sobre doenças infecciosas, incluindo vacinas. Além destas constatações, ficou evidente que a Internet é o principal e mais popular meio de disseminação de notícias falaciosas. Diversos estudos abordam áreas onde a ação do Estado desafia a autonomia individual como, por exemplo, a vacinação e a imunidade de rebanho.

A revisão da literatura confirma que foram cometidos equívocos sobre a vacina tríplice viral e o autismo, devido à veiculação de falsas notícias sobre estas temáticas nas redes sociais. Outros conteúdos compartilham informações que demonstram incerteza científica, pois denotam que as autoridades em saúde são incapazes de fornecerem explicações ou orientações confiáveis sobre infecções causadas por vírus emergentes, como é o caso do Zika vírus. Ainda, de acordo com o estudo, os disseminadores são em maioria indivíduos sem vínculos oficiais ou institucionais.

Diante desse cenário de incertezas, as instituições constituídas são desafiadas a enfrentarem o “paciente especialista”, o que acaba limitando o poder de atuação das autoridades. Com isso, desenha-se um contexto adverso onde as estratégias oficiais de comunicação em saúde são superadas por mensagens contraditórias, eivadas de características pessoais, negativas e opinativas, que levam ao medo, ansiedade e desconfiança nas instituições, tornando as pessoas mais suscetíveis aos efeitos nocivos da desinformação.

Diante destas circunstâncias, a informação falsa ganha espaço, dificultando a correção do teor falacioso e evidenciando que a inversão dessa situação depende do envolvimento pessoal, da alfabetização midiática e das características de cada indivíduo que se defronta com a desinformação. Tais constatações deixam evidente que estas lacunas têm sido pouco exploradas nas pesquisas existentes no âmbito acadêmico. Faz-se necessário desenvolver mais estudos interdisciplinares que busquem entender a suscetibilidade dos usuários, segundo Wang, et al (2019).

3 Pesquisa em processo

O objetivo, com a elaboração deste capítulo, é apresentar a composição, a estrutura e a concepção metodológica empregada na construção da base teórica e na execução das etapas de estudos que resultaram nas abordagens que embasam a pesquisa científica intitulada “UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL - PRÁTICAS ACS/ACE NO BRASIL”, que é a matriz, a pesquisa-mãe que deu origem a esta tese de doutorado.

Com o apoio da Rede Brasil, a pesquisa supracitada foi desenvolvida pelo Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (LabECoS/FS) e pelas Unidades de Tecnologia da Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) e de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB).

Essa pesquisa, atualmente em andamento (e continuará em execução), tem por objetivo realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), incluindo fatores como condições socioeconômicas, culturais e demográficas. A finalidade, com a realização desse estudo, é promover a valorização do trabalho dos agentes de saúde e desenvolver instrumentos de gestão da informação e do conhecimento que auxiliem no aprimoramento das competências e práticas dos ACSs e ACEs, de modo a contribuir para a melhoria dos processos e atividades desses profissionais, em termos de cuidados com a saúde dos indivíduos, famílias e demais membros das comunidades de seus territórios de abrangência. A iniciativa de realizar um estudo multicêntrico sobre as práticas profissionais dos ACSs e ACEs partiu de uma rede de pesquisadores, estudiosos com amplo conhecimento e experiência sobre o tema, devido a outro projeto realizado pelo grupo anteriormente. Essa equipe, composta de experientes pesquisadores, se uniu a outros cientistas e, juntos, deram início a uma nova pesquisa, em busca de caminhos que apontem soluções para o enfrentamento da desinformação no âmbito da saúde coletiva no Brasil. É importante ressaltar estudos desta natureza, em que um grupo de cientistas se une a outro, com o intuito de realizarem um trabalho colaborativo e de construir, juntos, novos conhecimentos. No mundo contemporâneo, esse formato de trabalho, no campo das Ciências, é cada vez mais raro.

3.1 Inovação e os desafios das novas Tecnologias da Informação e Comunicação

No ambiente corporativo, o cenário mundial atual, em termos de inovações tecnológicas, impõe novos desafios às instituições que precisam constantemente mudar e, muitas vezes, reinventar, os seus processos de trabalho e de negócios para se manterem no

mercado. Novas plataformas e tecnologias estão convergindo para inovações estruturais, por meio da criação de portais na internet, de smartphones, tablets e iWatch (computador de pulso), instrumentos que transformaram o fluxo da informação e comunicação, que passou a ser processada de forma assíncrona e interativa.

As Ontologias, a Semântica e as Taxonomias serviram de base para a organização da representação da informação e do conhecimento nos ambientes formais e organizacionais (Monteiro e Abreu, 2009). A Folksonomia, empregada no âmbito da Ciência da Informação, entrou nesse processo de organização do saber como forma de proporcionar aos usuários a indexação de informações na Web Social (Campos, 2004 e 2008) e, com isso, o cidadão deixou de ser meramente um receptor e passou a ser um gerador de informação através das redes.

O fenômeno Big Data, que é a força motriz por trás das constantes ondas de transformação digital, incluindo a Inteligência Artificial, a Ciência de Dados e a Internet das Coisas, permite a análise de grandes volumes de dados não estruturados, de vestígios digitais, de modo a relacionar os fragmentos e transformá-los em informação estruturada para, em seguida, ser utilizada na construção de conteúdos de relevância para qualquer área do saber.

Esses novos formatos de notícias provenientes das redes sociais, tais como: textos livres, imagens, vídeos e tweets, mudaram a forma de interpretar e gerar novas informações. Essas transformações exigiram que os indivíduos, para terem acesso às notícias, adquirissem conhecimentos nas áreas de Tecnologia da Informação e Comunicação. Para lidar com esse universo de informações, conhecimentos, técnicas, modelos e processos, é necessário que os usuários de plataformas tecnológicas adquiram novas competências.

Nesse contexto, exige-se cada vez mais a habilidade do trabalho em grupo, onde as equipes atuam de forma colaborativa e cooperativa, independente da área à qual pertençam, seja em negócios, tecnologia, saúde, pesquisa acadêmica etc. Esse modelo de atuação, onde uns colaboram com os outros, demonstra que a união de esforços e de competências transforma a força de trabalho e, conseqüentemente, os resultados.

3.2 Trabalho em Grupo e equipe

. Os tipos e a complexidade das demandas laborais, no mundo contemporâneo, exigem que haja uma maior interação entre as pessoas, quando o objetivo comum é a resolução de problemas. Daí, a necessidade de que o trabalho seja realizado em grupo (LÉVY 1998).

Dentre as diversas possibilidades de composições de grupos. MINICUCCI (2001, p.20), define grupo como “(. . .) um conjunto de pessoas que: a) são interdependentes na tentativa de realização de objetivos comuns; b) visam a um relacionamento interpessoal

satisfatório”. Devido à busca pela realização desses objetivos, as pessoas se juntam em grupos e, a partir daí, iniciam-se os processos de interação por meio dos quais são influenciadas ou influenciam seus pares.

Nos trabalhos em grupo, criam-se mecanismos de ajuda mútua com vistas a atingir um objetivo. Quando partícipes de uma equipe, os sujeitos selam um acordo por meio do qual todos se comprometem a participarem das ações em prol de um resultado comum.

Na vida em sociedade, quase todas as atividades desenvolvidas pelos indivíduos acabam sendo fortalecidas quando há um grupo unido com a intenção de realizá-las. Contudo, ao ingressar em um grupo, é preciso estar ciente de que a condução do processo não é individual e, sim, coletiva. De acordo com MINICUCCI (2001, p. 21), “(...) A produtividade do grupo pode incrementar-se mediante esforços, tanto da totalidade de seus membros como dos elementos, individualmente, para: a) melhorar as capacidades de relacionamento interpessoal; b) desenvolver melhor interação de grupo; c) valorizar continuamente as transações para alcançar os objetivos e conseguir resultados esperados”. PARRILLA (1996), corroborado pela psicologia social de Vygotsky (1981), argumenta “que as atividades realizadas em grupo, de forma conjunta, oferecem enormes vantagens, que não estão disponíveis em ambientes de aprendizagem individualizada”. Diante destas observações, é possível afirmar que grupos e equipes são a mesma coisa?

3.3 Trabalho colaborativo

A ideia de equipe pressupõe a colaboração de cada componente para atingir um objetivo e a união de esforços suscita um trabalho colaborativo¹ e, conseqüentemente, gera aprendizagem.

O formato de trabalho colaborativo favorece ganhos substanciais em termos de redes de aprendizagem. Além desta vantagem, proporciona a união de esforços, onde vários colaboradores dedicam-se continuamente a uma mesma atividade, dispensando energia e conhecimento num único sentido, com a finalidade de discutir ou defender a mesma questão, com vistas a resolver um problema ou compartilhar uma concepção (Brna, 1998).

Para Chagas (2002), o trabalho colaborativo é a interação entre sujeitos a partir de interesses, vivências e acontecimentos, motivados pela busca de soluções para determinados problemas e por compreender as causas e as conseqüências para possíveis estratégias e soluções. Nesse sentido, é pertinente fazer referência aos pressupostos da teoria histórico-cultural, com base no legado de Vygotsky (1988), que defende que “o indivíduo aprende e desenvolve-se a partir das suas interações com o outro.” Esse conceito foi

1

Segundo Parrilla (1996, apud ARNAIZ, HERRERO, GARRIDO e DE HARO, 1999); colaborativo: (lat. laborare) trabalhar, produzir. Diferente de cooperativo (lat. operare): executar, fazer.

definido, originalmente, por Vygotsky como Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP) e, mais tarde, interpretado por Oers (2011) como a transição do que a criança é capaz de fazer para o que ela ainda não consegue realizar na forma colaborativa. Analisando a questão por esse ângulo, é possível obter uma visão ampla da importância do trabalho colaborativo, baseado na troca contínua de ideias e na obtenção constante de respostas perante as situações que são apresentadas. Desse modo, são construídos os conceitos a partir dos quais serão formados sujeitos colaboradores, capazes de transmitir novos conhecimentos aos seus pares.

3.4 Redes e seus espaços

Por dois motivos, desde os primórdios da civilização, o homem tem necessidade de viver em grupo. Primeiro, por instinto de proteção, para se proteger e defender os próprios interesses; depois, para não viver na solidão. A união de indivíduos em grupos e, conseqüentemente, em sociedade, acontece, primeiramente, devido ao vínculo familiar e, posteriormente, pela vida em comunidade. A partir dessas relações, cria-se um círculo social.

Por meio da interação, processo que acontece de modo natural entre os indivíduos, são estabelecidas as redes de relacionamentos. O que diferencia os tipos de relações são os objetivos comuns, a intencionalidade relacional demonstrada e compartilhada através da função e identidade cultural de cada elo (indivíduo) que compõe um grupo. Para Castells (1999), “as redes constituem uma nova morfologia social de nossa sociedade, e a difusão da lógica das redes modifica de forma substancial a operação e os resultados dos processos produtivos e de experiência, poder e cultura”.

De acordo com Marteleto (2001), é possível formular várias definições para redes, tais como: sistema de elos, ou ligações, estrutura sem fronteiras, “sistema físico que se pareça com uma árvore ou rede”.

Castells e Lévy defendem que o termo “redes” se resume apenas a uma grande estrutura global de redes interpessoais, comunitárias e de organizações que estão conectadas à Internet.

Atualmente, os sistemas de elos caracterizados como redes sociais estão cada vez mais difundidos devido ao uso de recursos computacionais, tais como: e-mail, sites de relacionamentos, comunidades virtuais etc. Devido à expressividade e abrangência destes meios de propagação da informação, o ambiente virtual tornou-se fonte substancial de pesquisa, em especial, as redes sociais digitais.

As redes representam um espaço onde um objetivo comum pode ser canalizado por meio de vários atores sociais, com a intenção de satisfazer plenamente a necessidade do grupo.

Para Marteleto (2001), as redes sociais representam “(. . .) um conjunto de participantes autônomos, unindo ideias e recursos em torno de valores e interesses compartilhados”.

3.5 Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento

Devido à necessidade de prevenir a população brasileira, resguardando os indivíduos quanto ao contágio de doenças infecciosas causadas por vírus, principalmente visando a interrupção da propagação da dengue, zika, chikungunya e febre amarela (DZC), em 2016 foi estabelecida a primeira parceria entre o Governo e a Rede Brasil de Gestão da Informação. Esse acordo foi firmado para suprir uma demanda do Ministério da Saúde, devido à necessidade daquele órgão de analisar cientificamente a composição química de produtos denominados inseticidas.

Esta iniciativa foi muito bem-sucedida e o êxito da parceria e dos resultados da pesquisa coordenada pela Rede Brasil levou o Governo a não adotar o uso de inseticidas no programa nacional de controle vetorial. Criada, em princípio, com foco em atuar no controle das arboviroses, esta ação colaborativa foi a precursora de um convênio firmado, logo em seguida, entre o Fundo Nacional de Saúde e a Universidade de Brasília (UnB), por meio da assinatura dos Termos de Execução Descentralizada - TED74/2016 e TED42/2017, com o objetivo de buscar soluções passíveis de serem implementadas, em formato de um projeto contínuo de controle da dengue, zika e chikungunya

Ressalta-se que todas estas conquistas foram alcançadas devido à mobilização dos gestores envolvidos no processo, os quais se uniram em prol de uma mesma proposta que era mobilizar uma rede de pesquisadores a nível nacional e internacional, no sentido de realizar um trabalho em conjunto com órgãos de saúde brasileiros, com foco no enfrentamento dos desafios e dificuldades no controle vetorial do *Aedes aegypti*.

A partir dessas experiências que alcançaram vulto devido à realização de pesquisas em parceria, tendo como partícipes o Governo e a UnB, nasceu a Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento (Rede Brasil – RB) que, em seus pressupostos, aponta melhorias e inovações referentes às ações de Informação, Educação e Comunicação em vários setores, abrangendo o Estado e a sociedade civil organizada, a tradução de conhecimento à comunidade acadêmica e o fluxo de informações confiáveis à população e aos gestores do Sistema Único de Saúde (SUS), objetivando contribuir nas tomadas de decisões.

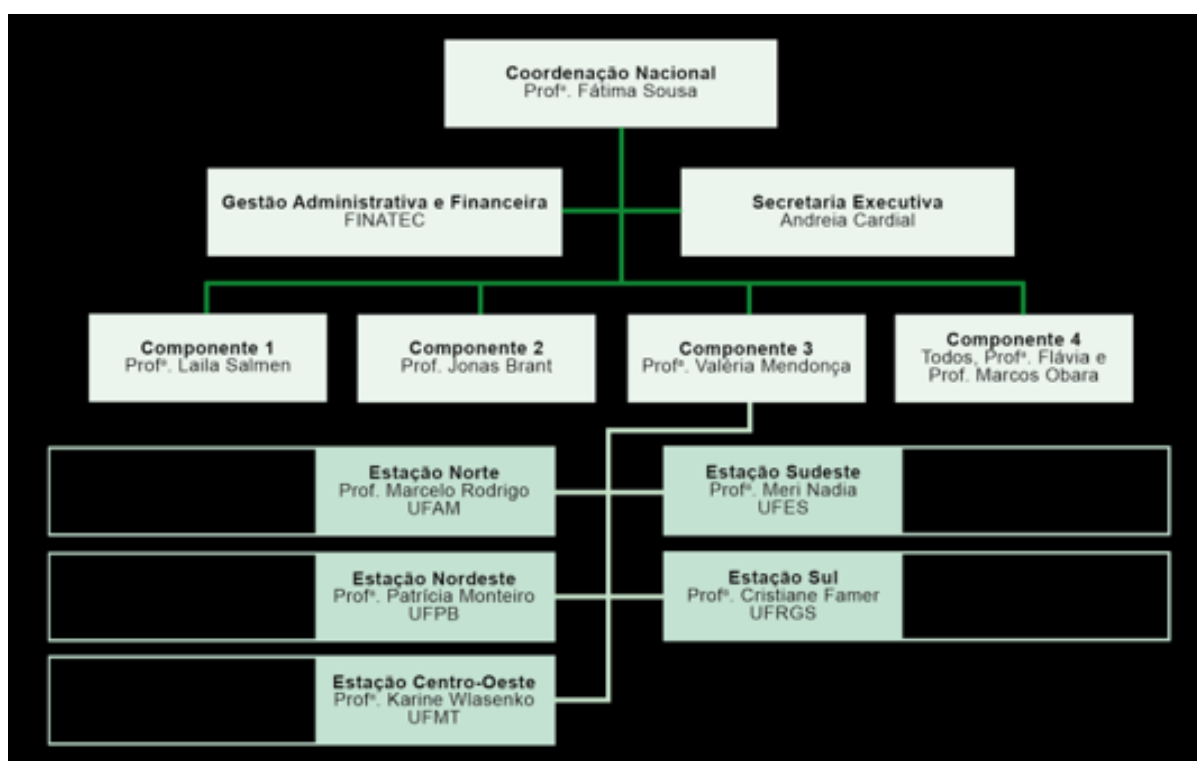
A Rede Brasil possibilita, a partir de recortes regionais, as seguintes atividades: Realizar diagnósticos quanto a perfis epidemiológicos, sanitários e socioculturais, Levantamento Rápido de Índices para o *Aedes aegypti* —LIRAA; Mapear, mobilizar e sensibilizar lideranças e parcerias para o desenvolvimento de suas ações; Identificar saberes e apontar lacunas e possibilidades quanto à prevenção das arboviroses DZC; Despertar o protagonismo na

elaboração, disseminação em mídias pessoais e institucionais de conteúdos relativos à prevenção das arboviroses DZC; Desenvolver a educação midiática, observando os elementos da qualidade da informação em saúde; Acompanhar a consecução das ações e favorecer métodos ao desenvolvimento da Ciência Cidadã. No âmbito de sua atuação, a Rede Brasil acolhe, como um novo desafio, o projeto Arbocontrol. (ARBOCONTROL, 2021).

3.6 Estrutura da Rede Brasil

A estrutura da Rede Brasil está ancorada, em termos operacionais, no projeto Arbocontrol, o qual é composto por cinco coordenações, classificadas como Estações Regionais, e suas respectivas coordenações estaduais, presentes nos 27 estados da federação, incluindo o Distrito Federal, conforme se observa na Figura 4.

Figura 4 – Estrutura Rede Brasil, 2021



Fonte: Projeto Arbocontrol 2021

Essa rede é composta por uma representação nacional de Instituições de Ensino Superior (IES), contemplando as cinco regiões brasileiras e abrangendo, não somente as capitais dos estados, mas também os municípios onde estão instaladas as unidades

avançadas, os polos ou campi das Universidades, (ARBOCONTROL, 2021), conforme Quadro 12.

Quadro 12 – Representações e atribuições das 5 estações regionais – Rede Brasil, 2021

COORDENAÇÃO ESTAÇÃO NORTE		
Estado	IES	Responsável
AM	Universidade Federal do Amazonas (UFAM - Parintins)	Marcelo Rodrigo da Silva
Coordenadores (as) das Estações por Estado		
AC	Universidade Federal do Acre (UFAC)	Francisco Aquinei Timóteo Queirós
AM	Universidade Federal do Amazonas (UFAM)	Márcio Oliveira
AP	Universidade Federal do Amapá (UNIFAP)	Nely Dayse Santos da Mata
PA	Universidade Federal do Pará (UFPA)	Benedita Celeste de Moraes Pinto
RO	Universidade Federal de Rondônia (UNIR)	Sandro Adalberto Colferai
RR	Universidade Federal de Roraima (UFRR)	Vilso Junior Chierentin Santi
TO	Universidade Federal do Tocantins (UFT)	Cynthia Mara Miranda
COORDENAÇÃO ESTAÇÃO NORDESTE		
Estado	IES	Responsável
PB	Universidade Federal de Paraíba (UFPB)	Patrícia Monteiro
Coordenadores (as) das Estações por Estado		
AL	Universidade Federal de Alagoas (UFAL)	Raquel do Monte
BA	Universidade Federal do Oeste da Bahia (UFQB)	Fernanda Vasques Ferreira
CE	Universidade Estadual do Ceará (UECE)	Raimundo Augusto Martins
MA	Universidade Federal do Maranhão (UFMA)	Thaísa Bueno
PB	Universidade do Estadual da Paraíba (UEPB)	Rostand Melo
PE	Universidade Federal de Pernambuco – campus Caruaru (UFPE)	Giovana Mesquita
PI	Universidade Federal do Piauí (UFPI)	Juliana Teixeira
RN	Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)	Livia Cirne
SE	Universidade Federal de Sergipe (UFS)	Vitor Belém
COORDENAÇÃO ESTAÇÃO SUDESTE		
Estado	IES	Responsável
ES	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Meri Nadia
Coordenadores (as) das Estações por Estado		
ES	Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)	Eliana Zandonade
MG	Universidade Federal de Juiz Fora (UFJF)	Fabício Mendonça
RJ	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO)	Daniele Achilles
SP	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)	Vânia Valente
COORDENAÇÃO ESTAÇÃO SUL		
Estado	IES	Responsável
RS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)	Cristianne Rocha
Coordenadores (as) das Estações por Estado		
RS	Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)	Felipa Amadigi
PR	Universidade Federal do Paraná (UFPR)	Rodrigo Botelho-Francisco
SC	Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)	Vanderleia Pulga
COORDENAÇÃO ESTAÇÃO CENTRO OESTE		
Estado	IES	Responsável
MT	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Karine Wlasenko
Coordenadores (as) das Estações por Estado		
DF	Universidade de Brasília (UnB)	Rafiza Varão
GO	Universidade Federal de Goiás (UFG)	Rafael
MT	Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)	Marcos Aurélio
MS	Universidade Federal de Mato Grosso do Sul – campus Pantanal (UFMS)	Cláudia Araújo de Lima

Fonte: Projeto Arbocontrol 2021

Fazem parte da estrutura da Rede Brasil, três coordenações gerais, além de uma Coordenação Nacional, sob a responsabilidade da Universidade de Brasília (UnB), cujo trabalho é realizado por auxiliares de pesquisas.

3.7 Rede Brasil – Construção da pesquisa Multicêntrica

Para assegurar que o trabalho investigativo retratasse ao máximo a realidade vivenciada pelos atores envolvidos na análise, a pesquisa “ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL” foi conduzida na Rede Brasil, a partir de ações planejadas, por especialistas de diversas instituições brasileiras (Quadro 12) e, conforme atividades descritas no Quadro 13:

Quadro 13 – Planejamento de atividades da pesquisa

Atividades	Início previsto	Responsável
Realizar oficinas preparatórias ao desenvolvimento do projeto junto à rede nacional de pesquisadores	ABR-MAI/2020	Equipe de pesquisadores
Produzir questionário eletrônico em plataforma online	JUN-JUL/2020	Equipe de pesquisadores
Realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos ACS e suas condições socioeconômicas, culturais e demográficas	AGO-NOV/2020	Equipe de pesquisadores
Realizar entrevistas qualitativas com os gestores do SUS, ACS e usuários do Sistema Público de Saúde	AGO-NOV/2020	Equipe de pesquisadores
Realizar sessões de análise dos achados da pesquisa quali e quanti	DEZ/2020 – MAI/2021	Equipe de pesquisadores
Elaborar um documento técnico-científico com a síntese das práticas de atuação dos ACS no Brasil	JUN-JUL/2021	Equipe de pesquisadores
Elaborar uma síntese apontando as evidências científicas acerca da atuação e da importância do trabalho dos ACS para o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde	AGO-OUT/2021	Equipe de pesquisadores
Desenvolver instrumentos que transformem o conhecimento obtido a partir da pesquisa, traduzindo-o em dados que possam ser aplicados na gestão da informação	AGO-OUT/2021	Equipe de pesquisadores

Fonte: Rede Brasil 2021

As atividades citadas no Quadro 13 representam um conjunto inicial de tarefas, haja vista que, para a continuidade do estudo, foi necessário fazer ajustes no modelo. Ao longo dos primeiros doze meses, os instrumentos utilizados na pesquisa foram revistos e adaptados às realidades dos agentes envolvidos no projeto. Quanto aos estudos referentes à aplicação do modelo quantitativo, a teoria foi aprimorada por meio de subsídios fornecidos pelas equipes de trabalho. A definição da amostra e a criação do Plano Amostral da Pesquisa ACS Brasil 2021 foram construídos pelos pesquisadores Professor Dr. Joserlan N. Moreira (IFB-PB) e Professora Dr^a Rackynelly Soares (IFB-PB).

As oficinas de pré-testes e de testes foram realizadas conforme demonstra o Quadro 14, a seguir:

Quadro 14 – Oficinas e pré-testes realizados

Situação	Local	Período
Oficinas construção do instrumento quantitativo	Brasília - Remoto - equipe PROIC	6 de janeiro a 17 de abril de 2021
Pré-teste - Quantitativo	Brasília - Remoto - equipe PROIC	6 de janeiro a 17 de abril de 2021
Teste - Quantitativo	Brasília - Remoto - equipe PROIC	6 de janeiro a 17 de abril de 2021
Teste - Quantitativo	Brasília - Remoto - equipe PROIC	6 de janeiro a 17 de abril de 2021
Pré-teste - Qualitativo	Brasília - Remoto - equipe Rede Brasil e PROIC	1º/03/2022
Teste - Qualitativo	Brasília - Remoto - equipe Rede Brasil e PROIC	5/03/2022
Oficina qualitativo - Exposição sobre DSC e representações sociais	Brasília - Remoto - equipe Rede Brasil	11/03/2022
Oficina qualitativo - Exposição sobre DSC e representações sociais	Brasília - Remoto - equipe Rede Brasil	18/03/2022
Oficina qualitativo - Exposição sobre DSC e representações sociais	Brasília - Remoto - equipe Rede Brasil	25/03/2022
Oficina qualitativo - Exposição sobre DSC e representações sociais	Brasília - Remoto - equipe Rede Brasil	1º/04/2022

Fonte: Rede Brasil 2021

Para execução das atividades da pesquisa qualitativa, foram criadas lideranças, por região e estado, responsáveis pela consecução dessas atividades. Foram designadas coordenadorias regionais, compostas de pesquisadores permanentes, das áreas de Saúde Coletiva, Enfermagem, Ciência da Informação, Saúde Pública, Ciências Clínicas, Comunicação, Tecnologia da Informação e Comunicação, aos quais foram delegadas responsabilidades e atribuições na condução do projeto. Na execução das entrevistas, foi criada uma coordenação responsável pela produção dos depoimentos e outro grupo que se encarregou de realizar o trabalho de transcrição e tratamento dos dados constantes das entrevistas. As entrevistas (vide Apêndice B) e respectivas transcrições ocorreram entre 16 de março e 10 de abril de 2022, sob as coordenações regionais de Wania Fernandes - Norte; Márcia Rique e Rita Passos (BA) - Nordeste; José da Paz - Centro-oeste; Edson Menezes - Sudeste; Daniela Geremias - Sul. As triangulações, análises e entrega dos dados analisados foram etapas realizadas no período de 11 a 29 de abril, de forma remota, pela coordenação de Brasília.

Ao todo, foram envolvidos dez pesquisadores auxiliares, dentre eles, mestres e doutorandos, conforme cronograma:

15 de março: reunião para organização do campo;

16 de março: oficina de treinamento para as entrevistas;

16 de março a 10 de abril: realização das entrevistas e transcrição dos dados coletados (3 semanas);

11 a 29 de abril: triangulações, análises;

29 de abril: entrega dos dados analisados.

A partir dessa composição estrutural, por coordenadorias, foi possível conduzir o projeto com a participação de todos os envolvidos e avançar, gradativamente, com a execução dos estudos científicos.

3.8 Pesquisa Rede Brasil – Monitoramento e avaliação

Para o acompanhamento das atividades e dos trabalhos de pesquisa sob responsabilidade das equipes e da Rede Brasil, os quais foram realizados simultaneamente em todas as regiões do país, foi construída uma ferramenta eletrônica para registro e monitoramento das informações apuradas na etapa de levantamento dos dados, conforme Figura 05. Esse instrumento tecnológico afere e condensa as informações, agrupando-as em cinco páginas, seguindo esses conteúdos: “O que é PACS”, detalha o que é o projeto, seus objetivos e motivação. A página “Participe das produções” trata do contexto da produção de um livro sobre os 30 anos dos Agentes Comunitários de Saúde. A página “Pesquisa ACE/ACS no

Brasil” é onde acessam o link para responderem o questionário da pesquisa. A página “Relatório Pesquisa ACE/ACS no Brasil” é um painel de indicadores de acompanhamento diário da pesquisa. A quinta e última página apresenta, semanalmente, os boletins de acompanhamento da pesquisa, destacando os principais respondentes e as premiações a eles conferidas pela participação no estudo.

Figura 5 – Site de monitoramento da pesquisa

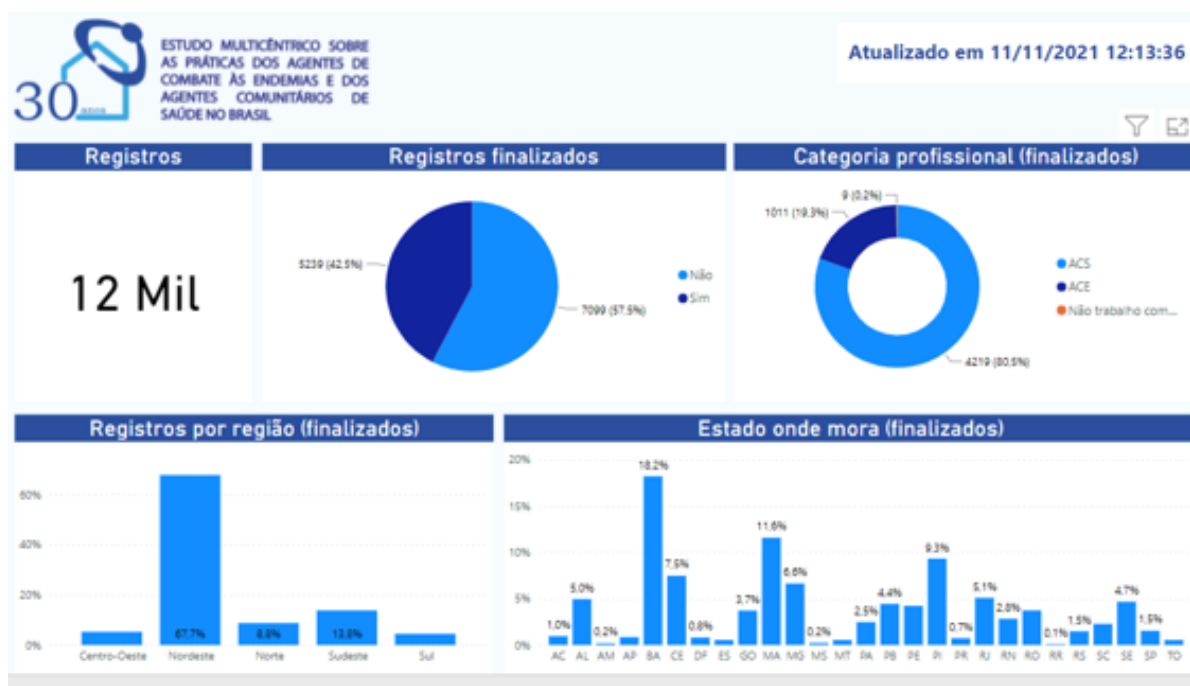


Fonte: <https://pacs30anos.com.br/>

Para realizar o monitoramento e acompanhamento das atividades, observadas as orientações de se reportarem, sempre, à coordenação geral da pesquisa, foi designado um grupo de professores e pesquisadores experientes em estudos científicos. Esses profissionais realizaram a supervisão dos estudos com o uso de instrumentos e ferramentas que os auxiliaram no monitoramento das atividades de forma permanente. Todas as informações contendo o prognóstico, que demonstram o avanço das etapas do projeto, estão disponíveis no site <https://pacs30anos.com.br/>.

Para obter uma visão geral dos processos envolvidos na coleta de informações e acompanhamento da pesquisa, faz-se necessário detalhar a ferramenta e a forma como esse instrumento dispõe os dados, conforme Figura 05.

Figura 6 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Painel principal



Fonte: <https://pacs30anos.com.br/>

Na Figura 6, destaca-se o painel com informações sobre a data da última atualização dos dados, a quantidade de registros totais e finalizados, as categorias, os registros por região e a distribuição por estados onde residem os agentes de saúde participantes do estudo.

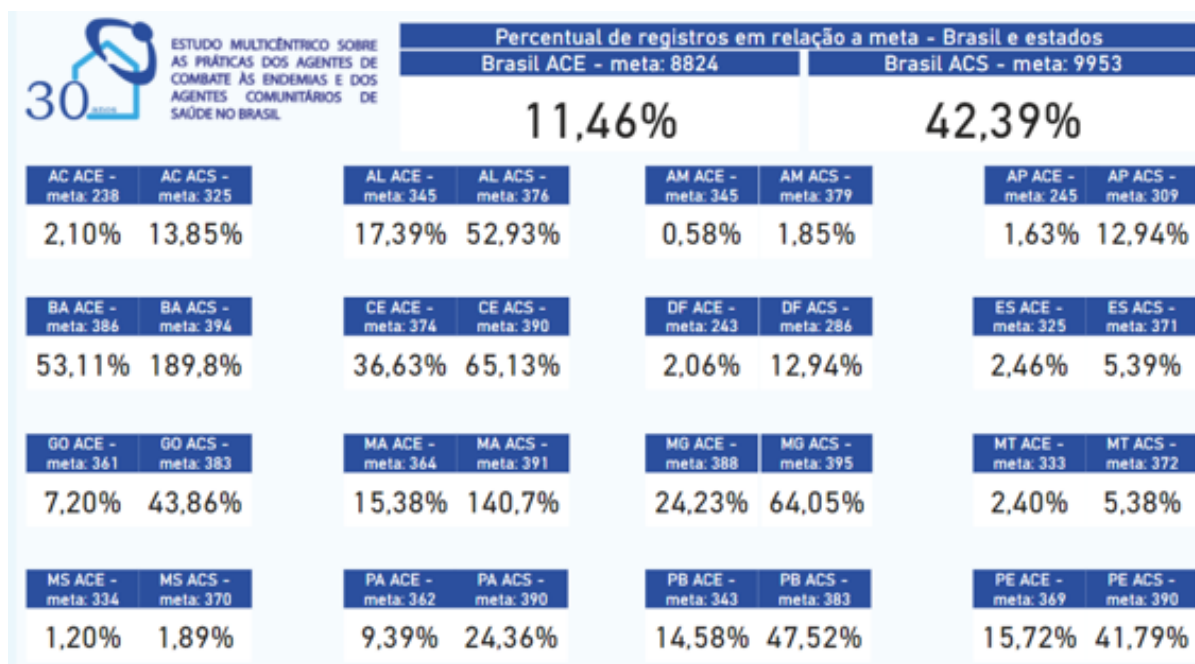
Figura 7 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Registros finalizados por município no período do estudo



Fonte: <https://pacs30anos.com.br/>

Ao observar a Figura 7, é possível fazer uma análise por municípios, regiões, UF, categoria (ACS e ACE) e mês que se deseja consultar. Além desse diagnóstico, essa ferramenta permite acompanhamentos diários dos registros finalizados por município. Esse painel é um instrumento muito importante para o presente estudo e foi utilizado diariamente para posicionar todos os atores envolvidos sobre o andamento da pesquisa.

Figura 8 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Percentual de registros, (ACS/ACE), em relação à meta – Brasil e estados.

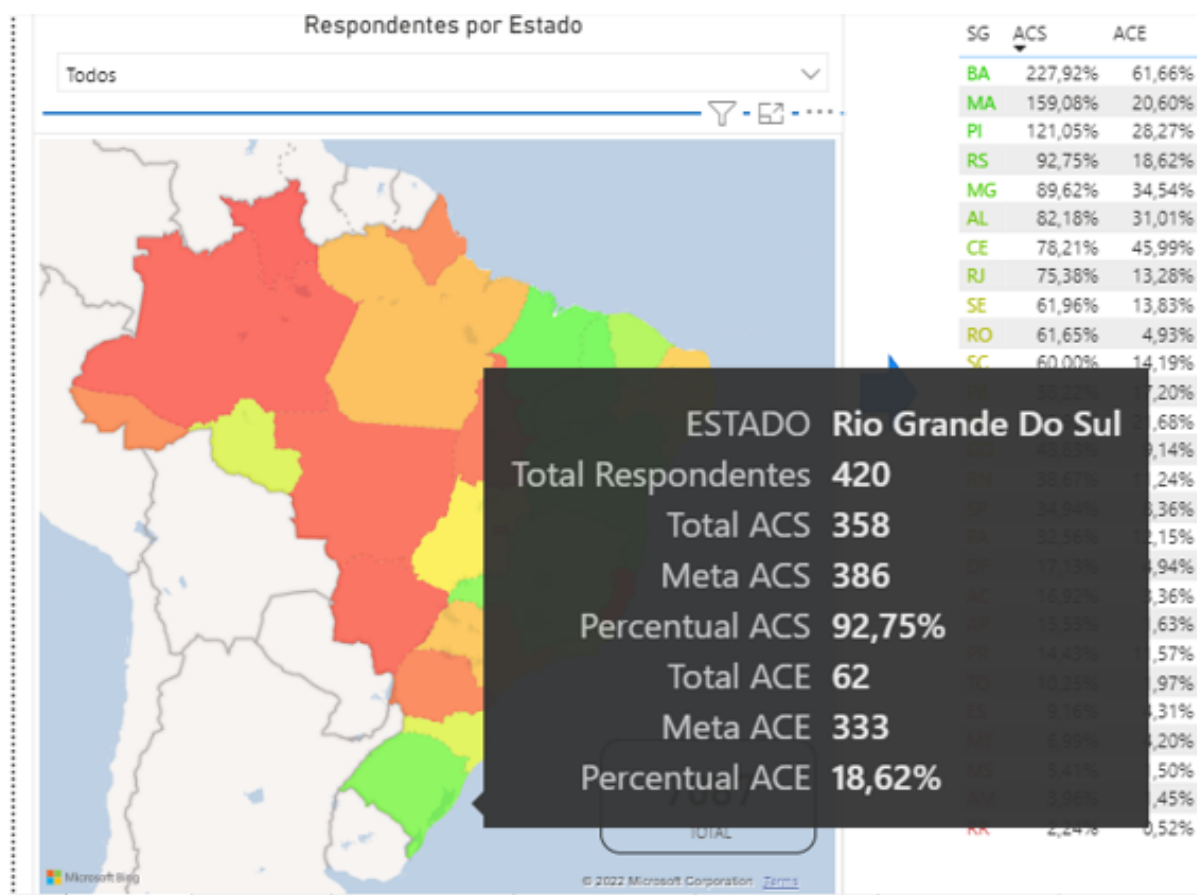


Fonte: <https://pacs30anos.com.br/>

Analisando as Figuras 6, 7 e 8, é possível acompanhar a evolução da pesquisa, uma vez que esses gráficos possibilitam visualizar o percentual de registros em relação à meta, além de apontarem a classificação dos respondentes da pesquisa, por estados. Todos esses painéis foram instrumentos facilitadores no processo de acompanhamento da pesquisa.

Para facilitar o trabalho dos professores, pesquisadores e gestores do projeto e subsidiá-los no acompanhamento e análise das informações e das atividades loco regionais, foi utilizado um sistema de georreferenciamento, com alcance nas cinco regiões do país, conforme Figura 9 - Site georreferenciamento.

Figura 9 – Ferramenta para monitoramento da coleta – Site de Georreferenciamento



Fonte: <https://pacs30anos.com.br/relatoriopesquisaaceacs/>

3.9 Gestão da Informação e da Comunicação

A gestão da Informação e da Comunicação é de fundamental importância num processo de pesquisa. É impossível apresentar os resultados de um trabalho desta natureza sem fazer uso das habilidades que os indivíduos têm de se comunicarem uns com os outros e também de traduzir em palavras o produto dos seus estudos.

Entretanto, elaborar um levantamento aprofundado do tema escolhido para uma pesquisa, onde as informações obtidas precisam ser validadas, não é uma tarefa simples de se realizar, principalmente nas áreas científicas e acadêmicas, quando há a necessidade de envolvimento da comunidade que reside ou trabalha no ambiente onde o estudo é desenvolvido.

Para atingir os objetivos de uma pesquisa e, neste caso, dar conhecimento às instituições, aos profissionais de saúde e à população, sobre o andamento e os resultados da investigação que, devido à relevância, poderão fortalecer os fundamentos da ciência cidadã,

é necessário impulsionar uma comunicação promotora de saúde que possa contribuir na estruturação e definição de políticas públicas.

Por se tratar de um trabalho em rede, para a realização da presente pesquisa, várias estratégias foram formuladas, com vistas a promover a divulgação desse estudo científico. Dentre os diversos canais de comunicação disponíveis, optou-se pelo uso das mídias sociais mais expressivas atualmente, tais como: Whatsapp, facebook, instagram, além de redes institucionais, sites, boletins informativos, cards e lives, com o objetivo de alcançar diferentes suportes, pessoas e instituições. Para tanto, foi estabelecida uma agenda com as rotinas que deveriam ser cumpridas, conforme descrito a seguir.

No período compreendido entre 6 de janeiro e 17 de abril de 2021, várias reuniões foram realizadas em Brasília, com o objetivo de intensificar e implementar diversas ações para que a pesquisa pudesse avançar.

Em reunião Online, conforme Figura 10, com a participação da CONACS, equipe UNB e rede de parceiros, realizada em 3 de abril, foi apresentado o projeto de pesquisa contendo as estratégias de mobilização e comunicação, bem como, as definições de co-responsabilidades interinstitucionais e os encaminhamentos que deveriam ser observados na etapa de acompanhamento do estudo.

Figura 10 – Apresentação do projeto de pesquisa (três de abril de 2021)



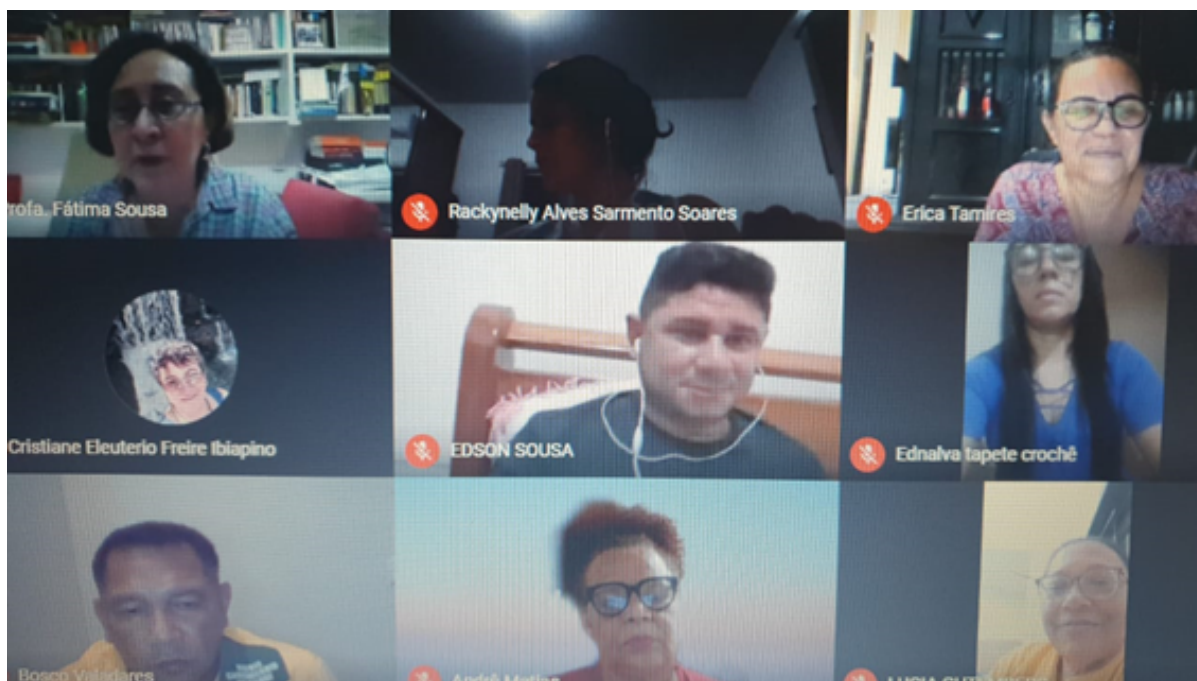
Fonte: Autor

Reunião coordenada pela Professora. Fátima de Sousa e equipe NESP/UNB, com a participação dos representantes da CONACS.

Reunião Online para Apresentação do Plano Amostral, realizada no dia 3 de março de 2021, coordenada pela Profa. Fátima de Sousa e conduzida pela professora Rackynelly Soares e pelo professor Joserlan N. Moreira, com o objetivo de expor a estratégia utilizada

para o levantamento de dados e a amostra significativa (ACS e ACE), por unidade federativa, aleatória estratificada, obtida segundo tipologia do IBGE, conforme Figura 11.

Figura 11 – Apresentação do Plano Amostral



Fonte: Autor

Nesse encontro, estavam presentes os representantes da CONACS e a equipe de pesquisadores.

Lançamento da Pesquisa intitulada UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL - PRÁTICAS ACS/ACE NO BRASIL, conforme Figura 12.

Figura 12 – Card com a chamada para a Live de lançamento da pesquisa



Ilda Angélica Correia - Presidente CONACS e o Diretor João Bosco mediam Profa. Fátima Sousa - Universidade de Brasília (UnB) Ex Coordenadora Nacional do PACS e Halim Antonio Girade - Primeiro Coordenador Nacional do PACS em LIVE sobre:

LIVE LANÇAMENTO DA PESQUISA PRÁTICAS ACS/ACE NO BRASIL

Dia 21/04/2021 no perfil facebook @CONACSOFFICIAL Às 20h

facebook.com/CONACSOFFICIAL @CONACS

Fonte: CONACS 2021

O lançamento da pesquisa aconteceu em 21 de abril de 2021, por meio de uma live, conforme Figura 13, com a participação da coordenadora responsável pelo estudo, Profa. Dra Maria Fátima de Sousa, pesquisadora da Universidade de Brasília (UnB) e ex-Coordenadora Nacional do PACS, e de Halim Antonio Girade, Primeiro Coordenador Nacional do PACS. O encontro teve como mediadores Ilda Angélica, Presidente da CONACS e João Bosco Eleuterio, Diretor da CONACS.

Figura 13 – Abertura da live de lançamento da pesquisa



Fonte: Autor

Todos esses métodos de divulgação de um estudo científico, independente de seus formatos, fortalecem as habilidades de comunicação, quando se realiza um trabalho em rede, principalmente com o uso da Tecnologia da Informação, mecanismo que potencializa os processos de comunicação digital. Por meio de recursos tecnológicos, todos os públicos de interesse são inseridos em uma comunicação colaborativa, integrando as habilidades desenvolvidas e convergindo os processos para um ambiente de comunicação extensiva e AV3 (SIMEÃO, 2006 e Miranda e Simeão, 2018).

Todas essas possibilidades de divulgação de um estudo científico propiciam formular modelos inovadores de criação de recursos e de processos de comunicação que integram os sentidos, destacando-se a complexidade da linguagem AV3 – a alma verbivocovisualidade.

A Gestão da Informação e da Comunicação, com o uso dessas tecnologias, torna-se um ambiente multivocal, onde as conexões se estabelecem de modo presencial, com várias pessoas reunidas em um mesmo ambiente ou por meios eletrônicos de comunicação. Todos unidos pela interatividade, com o objetivo de criar algo novo e de cooperar com suas ideias em cenários nos quais seja necessário envidar esforços nesse sentido, como é o caso da saúde coletiva no Brasil, tema central do presente estudo.

4 Desinformação e Fake news no contexto da pandemia no Brasil

4.1 Introdução

Mesmo decorridos mais de cem anos, desde a ocorrência da gripe espanhola no início do século XX, a atual pandemia provocada pelo COVID-19 tem vários aspectos comuns com aquela ocorrência que devastou milhões de pessoas mundo afora, de janeiro de 1918 a dezembro de 1920.

Observa-se, analisando as duas situações, que a Desinformação e a disseminação de falsas notícias são dois fatores que influenciaram negativamente em ambas as pandemias. É fato que, nesse intervalo de cem anos, a medicina e os recursos utilizados para diagnósticos e tratamentos de doenças evoluíram, bem como os meios de comunicação e as tecnologias indicadas para informar e apoiar os serviços de saúde disponíveis à população. Entretanto, quando se compara a época da gripe espanhola com a COVID-19, constatam-se evidências de um despreparo por parte das autoridades em conduzir uma situação de crise sanitária, bem como da população em adotar, com seriedade, as medidas preventivas.

O que ficou evidente, nos dois últimos anos, é que os comportamentos de risco de muitos indivíduos que ignoraram as orientações e se recusaram a manter o isolamento social, contribuiu sobremodo para a disseminação do vírus. Paralelo à negligência de parte da sociedade em relação às regras impostas para conter a propagação da doença, evidenciou-se uma espantosa estatística de óbitos e também ficou claro o impacto da Desinformação e da proliferação de “falsas informações” (fake news) sobre a doença e alternativas de cura.

No período da gripe espanhola (1918-1920), também havia desinformação, incertezas e especulações. As notícias divulgadas em alguns jornais destacavam, por exemplo, que a doença havia sido criada em laboratórios, pelos alemães, a exemplo do que ocorreu na atual pandemia, em relação à China.

No século passado, as pessoas, induzidas por falsas notícias, acreditavam que a “peste” era produzida, engarrafada e distribuída por submarinos nas proximidades dos países inimigos (ALVES, 2020). O mesmo aconteceu em relação à pandemia atual, devido a boatos disseminados nas redes sociais sobre uma possível guerra biológica que seria deflagrada por causa de um vírus criado em laboratório de forma proposital.

Na América do Norte, circulam notícias de que a China criou o vírus causador da pandemia de COVID-19 e o espalhou pelos Estados Unidos. Na China, acredita-se que aconteceu o contrário, que os Estados Unidos levaram o vírus para a Ásia e a Europa (ALVES, 2020).

A pandemia atual colocou em evidência a crise política no Brasil, intensificada

com a troca de boatos e informações duvidosas que circulam nas redes sociais, levando insegurança à população. A tentativa dos governantes de conter a crise transformou-se em uma disputa entre poderes, polarizando o debate sobre medidas de combate e prevenção à doença.

No Brasil, a Desinformação sobre a pandemia ganhou um viés político, tema de discussões exaustivas sobre a COVID-19. Por um lado, o Presidente do país desafia os representantes da Câmara dos Deputados e do Senado Federal, defendendo interesses econômicos e ditando normas para garantir sua autoridade no processo. Por outro lado, o Supremo Tribunal Federal decide sobre os impasses entre o Governo Federal, os Estados e os Municípios em relação à autonomia dos entes federativos nas medidas de combate ao novo coronavírus.

O que fica evidente é a politização das ações de saúde que deveriam ser realizadas com isenção, e a tomada de medidas contraditórias que provocam insegurança na população, num momento em que todos os esforços deveriam convergir para medidas efetivas de combate à crise sanitária em consequência da pandemia.

As recomendações da OMS, necessárias para combater o novo coronavírus, não são seguidas pela população por falta de sinergia destas regras com as medidas adotadas pelo Governo Federal. O Presidente da República questionou, desde o início da crise sanitária, todas as medidas de isolamento social, defendendo prioritariamente os interesses econômicos.

Em várias ocasiões, contrariando os infectologistas e especialistas em saúde, o Chefe da nação brasileira confrontou os presidentes da Câmara e do Senado, que foram mais cautelosos defendendo um isolamento social mais rigoroso. Alguns “seguidores” (manifestantes na internet), para apoiar politicamente o presidente Jair Bolsonaro, reforçaram, em redes sociais, a possibilidade de mentiras orquestradas para desestabilizar o Governo (SATIE, VENAGLIA, MAGALHÃES, 2020). O Presidente, em seus discursos, minimizou os efeitos da doença depois que o vírus já havia infectado um milhão de brasileiros, entre março e junho de 2020 (PASSOS, FABRINI, LINHARES, 2020), e que ainda causaria a morte de milhares de pessoas.

4.2 Objetivos e etapas da pesquisa

O objetivo, com a realização desta investigação, foi avaliar o serviço de informação da página do Ministério da Saúde do Brasil, buscando identificar falsas informações sobre a pandemia para confrontá-las com as falsas informações identificadas por “Checadores”, que corroboram para mensurar o impacto da Desinformação e das fake news no contexto da pandemia no Brasil.

Este trabalho aponta, inicialmente, uma contextualização da crise sanitária diante

dos desalinhamentos entre as orientações dos profissionais de saúde e as diretrizes do Ministério da Saúde. O Governo Federal não coordenou as atividades de combate à doença, contribuindo para a desarmonia dos poderes constituídos no país. Ao invés de agir com responsabilidade em relação às ações para controle da pandemia, transformaram o processo em politização, aumentando a circulação de informações falsas nas redes sociais. Em 2020, foram feitas buscas na página do Ministério da Saúde do Brasil, especificamente no que tange ao serviço de checagem e identificação de informações falsas e às possíveis medidas de enfrentamento contra as fake news.

4.3 Desinformação e estratégia para o enfrentamento

Os estudos de Capurro sobre a amplitude na compreensão do termo “informação” indicam que os usuários, leitores e consumidores (e agora os internautas) selecionam a informação com base em seu próprio modelo mental, formação cultural, influência social, vivências históricas e ideológicas (CAPURRO et al., 2007). E tudo depende também da capacidade e habilidade de interpretação de cada indivíduo.

Partindo desse entendimento, evidencia-se a complexidade e importância do tema “Desinformação” como, também, a necessidade de formular estratégias para o seu enfrentamento. Estudar informação significa, em alguns casos, compreender a Desinformação como parte da questão e também que o combate às falsas notícias requer um processo de investigação e interpretação de fluxos informacionais, fazendo uso dos pressupostos da Ciência da Informação indicados por Capurro, combinados com ações relatadas por estudiosos de outras áreas, como a Comunicação e a Educação, por exemplo.

Para Belluzzo (2005) “a desinformação nesta era é talvez a razão da existência de muitos problemas sociais, uma vez que atinge o ser humano em sua maior propriedade: a racionalidade. Infere-se que a manipulação da informação pode, muitas vezes, ser uma atitude intencional para atingir um objetivo de forma proposital e isto pode configurar crime. O conhecimento sobre a produção de mensagens determina o sucesso em manipular conteúdo e forma e o uso criminoso das tecnologias pode alterar não só os fluxos da comunicação, mas o próprio sentido. O entendimento do fluxo permite a disseminação, que é parte fundamental do processo de manipulação. Mas a verificação dos conteúdos depende dos usuários e de sua capacidade crítica em selecionar fontes.”

Ao analisar o fenômeno da Desinformação, Clarie Wardle (2017) identificou sete tipos diferentes de conceitos, conforme demonstra a Figura 1 a seguir, avaliando dano e falsidade, que definiu como “desordem da informação”. A autora descreve e conceitua três dimensões, como possibilidades: 1. Má-informação (Mis-information) - quando informações falsas são compartilhadas, mas não causam nenhum dano significativo; 2. Des-informação (Dis-information) quando informações falsas são conscientemente compartilhadas com o intuito de causar danos; 3. E, por último, a Má-informação (Mal-information), quando

informações genuínas são compartilhadas para causar danos de forma proposital e com estratégia (Wardle, 2017).

É possível inferir que o conceito de desinformação traz vários significados utilizados de formas diversas e pode ser definido como ausência de informação, má informação e, às vezes, como informação manipulada e direcionada com intuito de enganar alguém. O combate a esse problema tem gerado soluções tecnológicas no âmbito da criação de novos serviços de informação, de programas de formação e educação de usuários e de organização corporativas, com vistas a sanar esta grave questão.

Por outro lado, a crise sanitária revelou que existem organizações criminosas que têm por objetivo publicar um grande número de mensagens ou fazer postagens nas redes sociais para influenciar a opinião pública a acreditar em informações falsas e desinformar manipuladamente. Estas práticas são denominadas vulgarmente de “troll”, ou troll factory: Ações criminosas oriundas de grupos organizados para agir na divulgação de falsas informações. (DENISOVA, 2017)

A prática de disseminar informações fraudulentas tem evoluído, especialmente pelo fato de ter sido amplamente utilizada em eleições majoritárias nos EUA e também no Brasil e, mais recentemente, para provocar desinformação em relação à crise sanitária mundial causada pela pandemia do COVID-19.

O cenário atual de desinformação fez com que os estudiosos das áreas de tecnologia retomassem suas pesquisas em busca de soluções que garantam a qualidade das fontes de informação, além de ser uma oportunidade para o surgimento de sites conhecidos como “fact checking”, verificadores da autenticidade de notícias, que objetivam minimizar a disseminação de informações de teor falso.

Estas plataformas fazem a verificação de fatos ou checagem de dados usados em discursos, nas publicações na web e em outros meios de comunicação, caso haja desconfiança sobre dados e informações. São iniciativas independentes, avaliadas e fiscalizadas, com base em um código de princípios da International Fact Checking Network (IFCN). Esta entidade, sediada nos Estados Unidos, reúne os principais sites de fact checking do mundo (IFCN, 2018).

No código de princípios, as organizações signatárias seguem as seguintes pactuações):

- 1) Um compromisso com o não partidarismo e a justiça: as organizações signatárias fazem a verificação de fatos usando o mesmo padrão para cada verificação de fatos. Elas não concentram sua verificação de fatos de nenhum lado, seguem o mesmo processo para cada verificação de fatos e deixam as evidências ditarem as conclusões. Os signatários não advogam ou tomam posições políticas nos assuntos que verificam;
- 2) Um compromisso com a transparência das fontes: os signatários desejam que seus

leitores possam verificar as descobertas. Os signatários fornecem todas as fontes com detalhes suficientes para que os leitores possam replicar seu trabalho, exceto nos casos em que a segurança pessoal de uma fonte pode ser comprometida.

- 3) Um compromisso com a transparência do financiamento da organização: as organizações signatárias são transparentes sobre suas fontes de financiamento. Se aceitam financiamento de outras organizações, garantem que os financiadores não tenham influência sobre as conclusões que os verificadores de fatos chegam em seus relatórios. As organizações signatárias detalham a formação profissional de todas as figuras-chave da organização e explicam a estrutura organizacional e o status legal. Os signatários indicam claramente uma maneira de os leitores se comunicarem com eles;
- 4) Um compromisso com a transparência da metodologia: os signatários explicam a metodologia usada para selecionar, pesquisar, escrever, editar, publicar e corrigir suas verificações de fatos. Eles incentivam os leitores a enviar reivindicações para verificação de fatos e são transparentes sobre o porquê e como eles verificam;
- 5) Um compromisso com uma Política de Correções Abertas e Honestas: os signatários publicam sua política de correções e a seguem escrupulosamente. Eles corrigem de forma clara e transparente, de acordo com a política de correções, buscando, na medida do possível, garantir que os leitores vejam a versão corrigida (P. 61 e 62)

No Brasil, surgiram várias iniciativas baseadas nesta prática, a maioria apoiada pelos próprios meios de comunicação. É um processo constante, pois ao mesmo tempo em que se “fabricam” as notícias falsas, desenvolvem-se ações e ferramentas para combatê-las. Os grandes veículos de informação investem no aumento da oferta de serviços de checagem e existe uma tendência dos leitores e internautas em apurarem com mais cuidado as informações antes de as compartilhar.

4.4 Desinformação durante a COVID-19 e as lições da gripe espanhola

Existem muitas semelhanças entre a desinformação e a proliferação de falsas notícias durante a gripe espanhola e a crise sanitária atual. Nas duas pandemias, identificam-se problemas de cunho político, que podem afetar indiretamente os meios de enfrentamento da questão, levando ao desconhecimento do número de mortos. A população, diante desse cenário de incertezas, fica desassistida pelo poder público, sem acesso a informações de cunho orientador e com dúvidas sobre a eficácia das medidas de combate ao vírus.

A “Gripe espanhola” recebeu esta denominação porque esta pandemia foi, inicialmente, divulgada nos jornais espanhóis. Os periódicos daquela época estampavam em suas páginas principais o aumento do número de vítimas, destacando a falta de controle sanitário

e a escassez de alimentos como problemas originados pela guerra e potencializados pela epidemia.

Especula-se que a gripe espanhola matou, entre 1918 e 1920, mais de 20 milhões de pessoas em todo o mundo, número maior do que as vítimas da Primeira Guerra Mundial, que perfez aproximadamente 8 milhões de mortos. (KIND, CORDEIRO,2020). As classes baixas ou pobres, trabalhadores na faixa etária de 20 a 40 anos, eram as principais vítimas, pois ficavam expostos a péssimas e prolongadas jornadas de trabalho.

No Brasil, a gripe espanhola matou aproximadamente 300 mil pessoas. Na época, as ações adotadas para o combate à pandemia foram a quarentena e o isolamento social. Historiadores e pesquisadores relembram que o Diretor de Saúde Pública (que corresponde ao cargo atual de ministro da Saúde), Carlos Seidi, considerado um dos mais eminentes sanitaristas brasileiros que ocupou o posto entre 1912 e 1918, não levou a sério a pandemia (ALVES, 2020). A autoridade responsável pela política de enfrentamento preferiu negar a crise.

Mesmo com o número de mortos subindo, declarava que não era um problema de saúde pública, e tentava impedir os meios de comunicação de divulgar a crescente quantidade de mortos, dizendo que o isolamento e a quarentena não tinham base legal e não tinham comprovação científica. Para o diretor, tudo aquilo era sensacionalismo, e a imprensa disseminava o pânico (ALVES, 2020).

Durante a gripe espanhola afirmava-se, no Brasil de 1918, que se tratava de uma doença comum, rápida e benigna. Isso revela o descaso do Governo brasileiro da época e o desconhecimento da medicina em relação às formas de contágio, diagnóstico e tratamento.

Com a demora em obter uma resposta efetiva em relação aos agravos da gripe, foram muitos os infectados e a população, segundo os registros históricos de 1920, ficou à deriva, entregue à própria sorte. Esse fator impactou diretamente no controle dos números de pessoas contagiadas, acarretando falta de dados estatísticos e o conseqüente aumento de vítimas fatais.

Mesmo que, entre um acontecimento e outro, tenha se passado cem anos, é interessante que, ao comparar tanto os fatos quanto as imagens atuais, Figura 14, com fotografias da gripe espanhola, é possível constatar o impacto das ações de prevenção contra o contágio, em ambas as pandemias.

Figura 14 – Uso de máscara na época da gripe espanhola e na COVID-19

Fonte:<http://jbnews.com.br/a-pandemia-mais-grave-da-historia-foi-a-gripe-espanhola-de-1918durou-2-anos-em-3-ondas/> e Fonte:<https://brasil.elpais.com/brasil/2020-06-19/brasil-chega-a-um-milhao-de-casos-de-covid-19-a-beira-de-um-plato-mas-flexibilizacao-freia-otimismo.html> - Adaptado pelo Autor

Observa-se que os problemas de desinformação, a exemplo do que aconteceu na pandemia da gripe espanhola, se repetem no atual contexto da COVID-19.

No Brasil, representantes do Governo Federal minimizam os problemas, enquanto as filas nos hospitais crescem e o número de mortos comprova a falta da estrutura de atendimento dos serviços de saúde. Neste contexto de proliferação de falsas informações sobre a pandemia, os meios de comunicação têm empreendido ações no sentido de pressionar o Governo para que medidas de prevenção sejam tomadas com urgência, de forma a prevenir o avanço da doença e, também, para que as estatísticas sobre contágio e mortes sejam apuradas.

As medidas de prevenção e controle são divulgadas com alertas permanentes, na programação dos noticiários. Para suprir a falta de informação por parte do Governo, foram criados consórcios compostos por grandes veículos de comunicação, os quais buscam manter a população atualizada em relação à COVID-19.

Figura 15 – Orientações da época da Gripe Espanhola e atual COVID-19



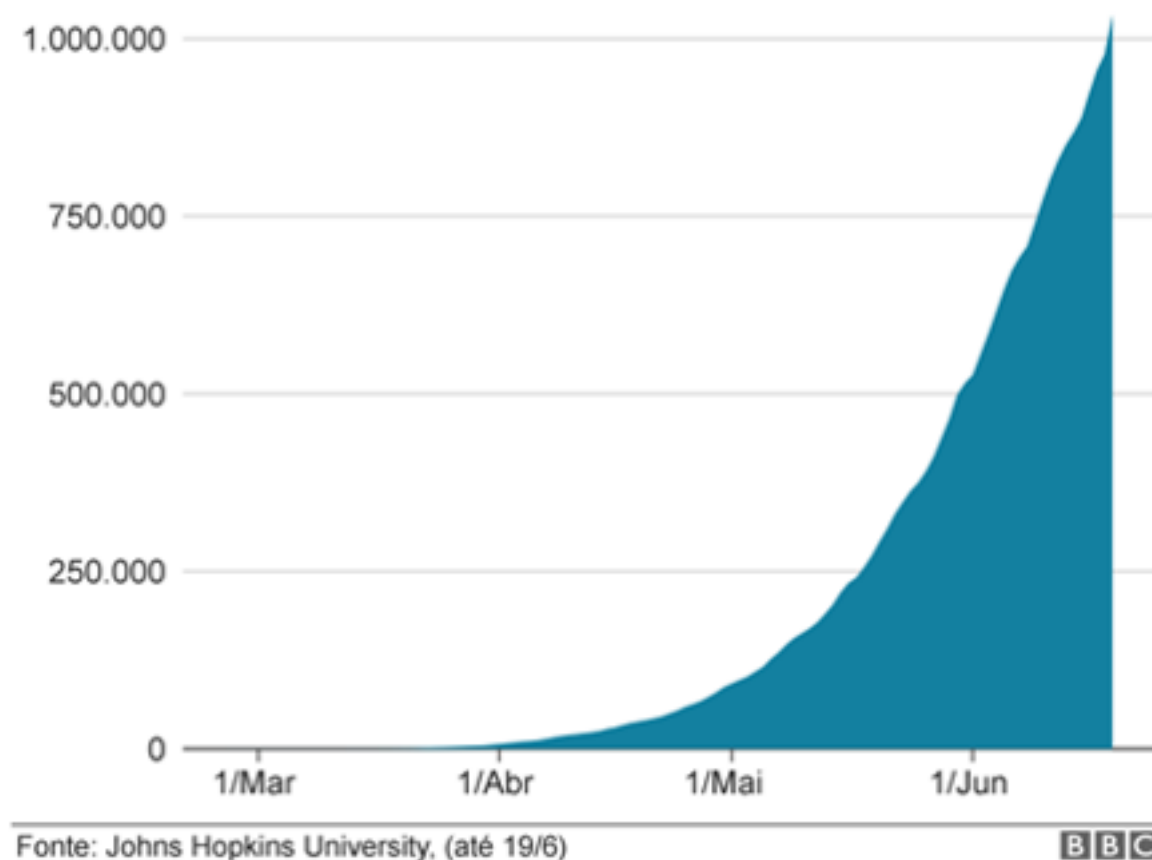
Fonte:<https://d.gazetadealagoas.com.br/caderno-b/261560/quando-a-terra-parou> - Fonte:<https://unifei.edu.br/blog/unifei-se-manifesta-a-toda-a-comunidade-apos-a-oms-decretar-a-pandemia-do-coronavirus-na-ultima-quarta-feira-dia-11-de-marco/> adaptado pelo autor

Tanto na pandemia da Gripe Espanhola, quanto na COVID-19, técnicos das instituições e representantes oficiais da saúde pública brasileira elaboraram guias com orientações (Figura 15), aconselhando a população sobre cuidados necessários para evitar a proliferação da doença. Apesar de todos os esforços da sociedade e dos meios de comunicação, tanto no contexto da Gripe espanhola quanto na COVID-19, a disseminação das notícias falsas prejudicaram o controle da doença e as informações oficiais são desalinhadas com o que dizem os sanitaristas.

4.5 O Coronavírus no Brasil e a proliferação das Fakes News

O Brasil registrou o primeiro caso de coronavírus em 26 de fevereiro de 2020 e, rapidamente, no período de 1º de março a 1º de junho de 2020, o país atingia a marca de 1 milhão de casos confirmados, conforme demonstra o Gráfico 1. Desde então, a infecção começou a se espalhar por todos os estados, por meio da transmissão denominada “comunitária”. Por esse tipo de contágio, não é possível identificar onde, exatamente, uma pessoa contraiu o vírus e por onde ele circulou.

Gráfico 1 – Brasil: Escalada do primeiro caso até a marca de 1 milhão de infectados (março a junho de 2020)



Fonte: JHU 1906

A Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e a OMS são as instituições que se ocupam em prestar apoio técnico sob a forma de orientação e monitoramento da pandemia, ao Brasil e a outros países, na preparação e resposta ao surto de COVID-19. (OPAS, 2020).

Mesmo com todo o aporte técnico que o país vem recebendo da OPAS e da OMS, ainda não existe uma estratégia mais efetiva de combate à desinformação.

A OPAS alerta sobre o problema, destacando que a quantidade de equipamentos conectados à internet e o acesso global às mídias sociais potencializam a geração de informações sobre a pandemia, causando uma epidemia de informações.

O excesso de informações pode transformar-se em desinformação durante uma crise, ou seja, a informação disseminada por alguém que está desinformando, mesmo que não tenha essa intenção, pode confundir as pessoas, desvirtuar o sentido da notícia. E, muitas vezes, a promoção de falsas informações não acontece de forma deliberada, mas decorre de uma transmissão inocente de alguém desinformado (FALLIS 2009).

Com a evolução da primeira onda de contágio da COVID-19 no Brasil, cresceu também o número de informações falsas sobre a doença e boa parte destas notícias visava administrar e popularizar tratamentos alternativos ou continha promessas de cura para o

mal que assolava a população.

A desinformação teve a contribuição de autoridades do Governo que estimularam o uso de medicação (cloroquina) sem comprovação ou evidência científica de sua eficácia.

Uma pesquisa realizada a partir das informações falsas recebidas pelo aplicativo Eu fiscalizo, desenvolvido pela FIOCRUZ, foi publicada no informe do portal da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP (2020). Esse estudo identificou as principais fake news relacionadas à COVID-19 e também às redes sociais propagadoras de tais notícias. A investigação foi conduzida pelas pesquisadoras da Ensp/Fiocruz, Claudia Galhardi e Maria Cecilia de Souza Minayo.

Na primeira etapa do processo de investigação, tendo como recorte o período de 17 março a 10 de abril, os dados obtidos revelaram que 65% das informações falsas ensinavam métodos caseiros na prevenção da COVID-19 e 20% apresentam métodos caseiros para “curar” a doença. Na segunda etapa do estudo, quando foi considerado o intervalo entre 11 de abril e 13 de maio, a pesquisa revelou os seguintes números: 24,6% das falsas informações apontavam que a doença era uma estratégia política; 10,1% orientavam sobre métodos caseiros para prevenir o contágio; 10,1%, apresentavam defesa das autoridades governamentais em relação ao uso da cloroquina e hidroxicloroquina sem comprovação científica e 7,2% representava a opinião dos que não concordavam com o distanciamento social (GALHARDI, MINAYO, 2020).

Galhardi e Minayo também demonstraram, em seus estudos, que 5,8% das fake news afirmavam que o coronavírus foi criado em laboratório; 4,3% declararam o uso de ivermectina como cura para a doença; 4,3% posicionaram-se contra o uso de máscaras e 2,9% difamaram os profissionais de saúde.

A pesquisa apontou também que 15,9% das fake news se referiam à COVID-19 como uma farsa, um dado alarmante.

Outro resultado apresentado pela pesquisa da Ensp/Fiocruz foi em relação às redes sociais que mais propagavam notícias falsas sobre o coronavírus no Brasil. A rede Instagram foi responsável pela publicação de 10,5%, e um total de 15,8% tem origem no Facebook. Segundo Galhardi e Minayo, no WhatsApp circularam 73,7% de informações falsas, demonstrando que essa rede é a principal fonte de falsas informações sobre o coronavírus no Brasil (GALHARDI, MINAYO, 2020).

No contexto dos meios de comunicação, ORSI (2020) relembra e destaca como a maior “fake news” no âmbito da saúde, na história do país, o caso da “pílula do câncer da USP”, informação disseminada e que repercutiu bastante com o apoio de uma emissora afiliada da Rede Globo. Ao reportar-se à situação atual, o autor afirma que o Governo Federal direciona a sua comunicação e a criação de conteúdo sobre saúde para destacar as próprias ações, daí o problema de se recomendar o uso da cloroquina sem comprovação científica.

Esse cenário de incertezas em relação a questões sensíveis como a saúde coletiva

e a proliferação de fake news, sem que haja uma resposta mais efetiva do Estado, provoca a perda de credibilidade e confiabilidade nas instituições.

Uma das possíveis causas da disseminação de falsas informações sobre fórmulas e receitas de cura pode ser um dos efeitos deste panorama impressionante de ascensão no número de mortos em decorrência da COVID-19, de março até junho de 2020.

Um país fatigado com a situação de imprevisibilidade, ou seja, com o desgaste provocado pela falta de tratamento efetivo contra o vírus causador da pandemia e a oscilação em relação às medidas de enfrentamento da crise sanitária é fator que também contribui para a desinformação e proliferação de informações imprecisas ou falsas.

4.6 Desinformação e desalinhamento entre União e os estados

Depois de confirmada a pandemia de COVID-19 e da sua chegada ao Brasil, uma das primeiras medidas do Governo para o enfrentamento do problema foi a promulgação da “Lei da Quarentena” (Lei 13.979/2020), que dispõe sobre as medidas para enfrentamento da emergência de saúde pública, de importância internacional, decorrente do coronavírus. Em seu Art. 2º, para fins do disposto na Lei, considera-se:

- 1) isolamento: separação de pessoas doentes ou contaminadas, ou de bagagens, meios de transporte, mercadorias ou encomendas postais afetadas, de outros, de maneira a evitar a contaminação ou a propagação do coronavírus; e
- 2) quarentena: restrição de atividades ou separação de pessoas suspeitas de contaminação das pessoas que não estejam doentes, ou de bagagens, contêineres, animais, meios de transporte ou mercadorias suspeitos de contaminação, de maneira a evitar a possível contaminação ou a propagação do coronavírus.

Esta é, precisamente, a base legal no Brasil que orienta o estado de isolamento, ou a chamada quarentena, que obriga, por razões de proteção à saúde pública, que as pessoas deixem de circular ou fazer algo (ALMEIDA, 2020).

Pouco tempo depois de sua promulgação, o Governo alterou a Lei nº 13.979/2020, editando a Medida Provisória nº 926/2020, com procedimentos para aquisições destinadas ao enfrentamento da emergência de saúde pública decorrente do coronavírus. A MP:

Prevê, de forma excepcional e temporária, restrição, por rodovias, portos ou aeroportos, de entrada e saída do País e locomoção interestadual e intermunicipal. Atribui ao Presidente da República a competência para dispor, mediante decreto, sobre os serviços públicos essenciais. Estabelece hipóteses de presunção de atendimento das condições de ocorrência de situação de emergência. Define como dispensável a licitação para aquisição de bens, serviços, inclusive de engenharia, e insumos destinados ao enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus. Admite a apresentação de termo de referência simplificado ou de projeto básico simplificado nas contratações para aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência. Dispõe que o gerenciamento de riscos da contratação somente será

exigível durante a gestão do contrato. Reduz pela metade os prazos dos procedimentos licitatórios nos casos de licitação na modalidade pregão, eletrônico ou presencial, cujo objeto seja a aquisição de bens, serviços e insumos necessários ao enfrentamento da emergência (BRASIL, 2020).

Entretanto, após questionamentos sobre o tema, o Supremo Tribunal Federal (STF), contrariando o disposto na MP, decidiu que estados e municípios poderiam adotar, com independência, as medidas necessárias para combater o novo coronavírus, como isolamento social, fechamento do comércio e outras restrições que se fizessem necessárias. Com base em uma liminar proferida pelo ministro Marco Aurélio, a MP foi aprovada pela maioria da corte: os governos federal, estadual, municipal e distrital têm competência concorrente para estabelecer medidas na área da Saúde.

O STF defende que a Constituição Federal define que os estados e municípios podem editar medidas em defesa da saúde e sem o aval da União. Entretanto, o Governo Federal, por meio da Advocacia Geral da União (AGU), argumentando que o país não vive somente uma crise de saúde, alerta que as recomendações sanitárias do Ministério da Saúde para o enfrentamento da COVID-19 devem ser seguidas, e más decisões isoladas de estados e municípios, fechando estradas, por exemplo, provocariam o caos, afetando os serviços essenciais.

A partir da decisão do STF, favorável aos estados e municípios, os governos estaduais, municipais e distrital passaram a decretar estado de calamidade pública em diferentes contextos, sempre que a pandemia se agravava. Baseados em pesquisas ou dados locais, os gestores suspendiam aulas, determinavam o fechamento do comércio e estabelecendo o 'lockdown'. O que significa uma quarentena mais rígida.

O lockdown é a paralisação total, quando se interrompe o fluxo de pessoas nas ruas para evitar que se desloquem e, portanto, se aglomerem, facilitando a propagação do vírus. Uma consequência desta ação é a paralisação econômica.

Os estados, no período da pandemia, definiram várias regras e normas para o funcionamento dos seus serviços de saúde e serviços não essenciais. Com isso, ao longo de 2020, vários municípios decretaram o fechamento do comércio, com exceções para o funcionamento de estabelecimentos essenciais como supermercados e farmácias.

Houve suspensão das aulas nas redes pública e privada de ensino, além da proibição de eventos com grande número de pessoas, redução de frotas de transporte público e restrições de abertura e fechamento de bares e restaurantes (SANIELE, Bruna et al. 2020). Entretanto, não existe lei que impeça a liberdade ambulatorial das pessoas, a limitação ao direito de reunião ou a intervenção da propriedade e interrupção de atividades econômicas, matéria relativa ao direito civil, comercial, desapropriações e requisições civis, que são assuntos de competência da União (artigo 22, I ao III, da Constituição), e podem ser delegadas aos Estados (ALMEIDA, 2020).

Nesta disputa entre Estados e União, a população continuou a viver num cenário de incertezas. Em uma pesquisa realizada por universidades federais (UFPR, no Paraná; UFS,

de Sergipe; e UFPE, de Pernambuco), ficou constatado que agir rapidamente teria sido um fator crucial para impedir mortes na pandemia de COVID-19 e a velocidade de ação das autoridades seria fundamental no combate ao novo coronavírus (SAYURI, 2020).

O estudo conduzido pelo físico Giovani Vasconcelos, do Departamento de Física da Universidade Federal do Paraná (UFPR), identificou que a imposição de isolamento rigoroso de até 25 dias depois da primeira morte confirmada, impediu em até 80%, a ocorrência de novas mortes. Se a demora for de até 35 dias para essa tomada de decisão, depois de uma morte, a eficiência diminui para 50%. Outro dado indica que o isolamento apenas de casos suspeitos, em até 35 dias, pode prevenir apenas 10% de mortes. Isto significa que, quanto mais o Governo demorou para tomar alguma ação visando a contenção da doença, maior foi o número de mortes.

Gabriela Lotta, da Fundação Getúlio Vargas (FGV), defende que é preciso “Agir rápido e agora” principalmente em uma crise sanitária, onde a demora pode significar a perda de uma vida. Para a estudiosa, a administração pública não está preparada para atuar em emergências. Ela destaca também que a disputa entre as orientações do Governo Federal e dos governadores dos estados, por meio de decisões centralizadas e desconectadas, impactam negativamente o processo, pois essa emergência não permite decisões erradas e experimentais.

Lotta cita, como agravantes, a demora nos processos de compra de equipamentos de proteção individual, como máscaras para profissionais de saúde, a compra de respiradores e a distribuição do auxílio emergencial de R\$ 600,00 (SAYURI, 2020). Destaca também que as políticas públicas são formuladas pelo alto escalão do Governo, mas implementadas por agentes da comunidade que atuam diretamente com os indivíduos, muitas vezes já influenciados pelos meios de comunicação e desconfiados da real gravidade da pandemia.

4.7 Desinformação e desconfiança da população

As medidas necessárias para combater o novo coronavírus, como isolamento social, fechamento do comércio e outras restrições, causaram desconfiança na população. Foram determinações que mudaram radicalmente o cotidiano das pessoas, afastando-as das atividades coletivas e obrigando-as a viverem isoladas, impedidas de manterem contato com outros indivíduos. Mesmo quem não foi afetado pela COVID-19 teve de permanecer em casa durante os períodos de quarentena.

Mesmo naquele cenário de incertezas, a maioria das pessoas estava consciente de que o melhor a fazer seria aceitar as regras impostas pelo Governo para a contenção do avanço da doença. É o que aponta uma pesquisa realizada em março de 2020, pelo Datafolha (GIELOW, 2020), onde a maior parte da população, 74%, afirmou ter medo de ser contaminada pela COVID-19 e 73% concordou com a imposição da quarentena. Um total de 97% dos entrevistados afirmou estar tomando alguma medida de prevenção e 88%

dos entrevistados estavam cientes de que a pandemia era “muito séria”. O estudo revelou também que 11% das pessoas consultadas não viam motivo para tanta preocupação com o vírus e que 1% não soube responder às questões propostas pelos pesquisadores.

Embora houvesse uma preocupação coletiva, muitas pessoas demonstravam des-caso ou mesmo fadiga com as orientações das autoridades sanitárias e, mesmo sem necessidade, saíam de suas casas, colocando a si e aos seus familiares em risco. Esta questão do descuido e, até mesmo negligência, era mais grave para os que conviviam com pessoas consideradas como grupo de risco da COVID-19, os idosos. Esta é a categoria mais vulnerável às doenças infectocontagiosas e, segundo a OMS e o MS, a mais suscetível e mais afetada pela doença, onde ocorreram os maiores índices de letalidade entre os indivíduos atingidos pelo novo coronavírus (FERREIRA, GALDO, 2020).

Outro fator importante nesse contexto de desconfiança da população em relação à gravidade da pandemia causada pelo novo coronavírus é que algumas pessoas, em pleno século XXI, ainda não acreditam na ciência. Mesmo com todas as evidências, alguns ainda questionavam os estudos científicos e duvidavam dos próprios pesquisadores (ANDRADE, 2019). E esta situação se agravou, ao longo dos dois anos em que a COVID-19 assolou o país, devido à instabilidade no controle da doença e à divergência de opiniões entre especialistas e gestores públicos.

4.8 Análise da página do Ministério da Saúde

O Ministério da Saúde (MS) disponibilizou uma página¹ eletrônica no início de 2020, como um serviço de checagem de falsas informações. Os conteúdos publicados pelo MS contém dicas de prevenção, descrição de sintomas, formas de transmissão, mapa de unidades de saúde e lista de fake news sobre o coronavírus. Além desta ação, foram habilitados mais dois canais no WhatsApp: “Saúde sem Fake news”, que recebe denúncias de Fake news sobre saúde, com origem nas redes sociais, e o serviço “Ministério da Saúde responde: Coronavírus”, com a finalidade de responder às principais perguntas dos cidadãos sobre a doença, como sintomas, prevenção e forma de tratamento. Todos esses canais, segundo o MS, foram criados para atender exclusivamente a população. Toda essa estrutura converge em um serviço para identificar e classificar informações, com o uso de um selo destacando o que é falso e o que é verdadeiro e, posteriormente, publicar o resultado no portal oficial do MS, no endereço exclusivo para esta finalidade (<https://www.saude.gov.br/fakenews>), assim como fazem os checadores.

Entretanto, esse trabalho foi impactado, devido a trocas de ministros. Entre março e dezembro de 2020, foram feitas quatro substituições no comando dessa pasta, no Brasil. Diante deste panorama, para que a verificação dos dados sobre desinformação no contexto da crise fosse validada, foi necessário fazer verificações também em outros checadores.

¹ www.saude.gov.br/fakenews

A partir desta investigação, identificou-se que o MS adotou uma estratégia para tentar minimizar o impacto das notícias falsas sobre o coronavírus.

Com o objetivo de compreender os aspectos da desinformação relacionados à proliferação de falsas notícias durante a pandemia, além do levantamento feito no site do MS, avaliou-se, também, o serviço de checagem para analisar questionamentos e respostas dadas à população em relação ao tema.

Ao identificar as notícias publicadas com o selo de falsas, no período de janeiro a maio de 2020, intervalo de tempo em que o serviço ficou ativo na plataforma do MS, obteve-se uma amostra para esse estudo. Esta atividade foi desenvolvida em três fases:

- Fase 1 - Utilização de software (robô) para extrair textos em páginas do MS;
- Fase 2 - Processamento e análise de texto, buscando categorizar os termos mais registrados na página de checagem do MS;
- Fase 3 - Uso de uma ferramenta de busca (Google Trends) que mostra os termos mais pesquisados pelos internautas e apresenta gráficos com a frequência com que um termo, em particular, é procurado. Também permite ao usuário comparar o volume de pesquisas levando em consideração duas ou mais condições.

Ao fazer o uso associado destas ferramentas, foi possível definir mecanismos de busca, validação e análise das informações registradas no Site do Ministério da Saúde e, também, na checagem que trata especificamente de Fake news. Para elaborar o método de organização dos dados apurados neste primeiro levantamento, foram realizadas as seguintes atividades:

- 1) Identificação das páginas e dos conteúdos que tratavam especificamente sobre Coronavírus;
- 2) Definição da palavra-chave “Coronavírus” para a consulta à base de dados;
- 3) Coleta das informações com o uso de um robô;
- 4) Validação e tratamento das informações coletadas pelo robô;
- 5) Importação dos dados tratados no formato texto para ferramenta on-line e open source de análise de textos;
- 6) Processamento do texto com a identificação dos termos de maior frequência;
- 7) Análise e apresentação dos resultados por palavras que mais se repetem no texto.

Para checar a veracidade dos números mostrados pelo MS, foi realizada uma averiguação da página checadora do MS e dos conteúdos que tratam sobre o novo coronavírus, utilizando a palavra-chave ‘Coronavírus’ na base de dados da plataforma.

Delimitou-se o período de janeiro a maio de 2020 para a coleta das informações com o uso do robô e apurou-se que a quantidade de notícias falsas registradas no site do MS correspondia a um total de, apenas, 81 registros.

Foi adotado um critério de representatividade atribuído para a determinação da amostra, selecionando somente as notícias com o selo de 'Fake news', sem considerar sua reprodução e repetição. Isso porque, no conjunto de palavras coletadas a partir do uso da palavra-chave 'Coronavírus', identificou-se também outro conjunto com notícias verdadeiras (que foram excluídas da pesquisa).

Como conclusão desse levantamento, chegou-se a um total de 70 registros, identificados na página do MS como falsos, sobre o novo coronavírus e com o selo de 'fake news'.

4.9 Resultados sobre análise do serviço de checagem do MS

Como resultado do processamento do texto com o uso da ferramenta on-line e open source de análise de textos, os dados, em um total de 70 registros, ficaram agrupados nas palavras que mais se repetem nas mensagens de fake news, identificadas no site do MS, conforme Figura 16.

Figura 16 – Representação gráfica da conexão entre os termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador do MS (11/06/2020)



Percebe-se que as palavras “cura, água e chá”, são as que mais se repetem no resultado da análise.

Para exemplificar o contexto das Fake news, o Quadro 15, a seguir, apresenta um agrupamento de mensagens registradas no site do MS com a derivação da palavra “cura”.

Quadro 15 – Fake news agrupadas na categoria “Cura”

Dados coletados do Site do Ministério da Saúde	
Data	Mensagens falsas indicando cura
03/04/2020	Beber água de 15 em 15 minutos cura o coronavírus
03/04/2020	Rússia anuncia cura para coronavírus
03/04/2020	Chá de limão com bicarbonato quente cura coronavírus
09/03/2020	Óleo consagrado para curar coronavírus
03/03/2020	Receita de coco que cura coronavírus
02/03/2020	Vitamina C cura coronavírus, que veio dos animais, e água com limão cura câncer
28/02/2020	Chá de erva doce cura coronavírus
27/02/2020	Paciente com coronavírus curada em 48h com medicamentos de AIDS
27/02/2020	Coronavírus pode ser curado com tigela de água de alho recém-fervida
12/02/2020	Cura contra o coronavírus
12/02/2020	Médicos tailandeses curam coronavírus em 48h

Fonte: Elaborado pelo Autor

A partir da análise dos dados constantes no Site do MS, infere-se que houve uma preocupação maior do órgão em registrar mensagens sobre cura e tratamento, apesar de não haver nenhuma observação sobre os procedimentos de averiguação ou de alertas e orientações corretas para esclarecer ou fornecer fontes de informação confiáveis, do que em relação à checagem de tais notícias.

4.10 Análise com os Checadores

Atualmente, ao mesmo tempo em que se “fabricam” as notícias falsas, desenvolvem-se várias ações e ferramentas para combatê-las.

Iniciativas como a criação de sites verificadores da autenticidade de notícias, conhecidos como “fact checking”, objetivam minimizar a disseminação de informações de teor falso e, conseqüentemente, o impacto que esse tipo de conteúdo pode causar na vida das pessoas.

Em todo o mundo, algumas resoluções governamentais e empresariais têm sido empreendidas para impedir que informações falsas sejam disseminadas.

Na tentativa de interpretar esse universo de mensagens falsas sobre a pandemia no Brasil e comparar o serviço de “fact checking” registrado pelo MS com outros checadores, foram observados os padrões identificados por ferramentas de verificação e o mesmo procedimento foi realizado em outros quatro grandes checadores vinculados a empresas de comunicação e também a organizações independentes, quais sejam: a Boatos.org, Fatos e Fakes e a Agência Lupa.

Existe uma relação entre o serviço de checagem do MS, Boatos.org, Fato ou Fake e a Agência Lupa, em termos de averiguação de boatos. Entretanto, Boatos.org e Fatos ou Fake não são signatários do IFCN, por isso, não são fiscalizados em relação ao não partidarismo, transparência das fontes e financiamento, transparência metodológica e política de correções abertas e honestas. A agência Lupa é avaliada com base em um código de princípios da IFCN. Já o MS, apesar de ser aliado ao IFCN, não foca nas declarações de figuras públicas (TUMA, SALDANHA, 2019).

4.10.1 Checador Boatos.org

O Boatos.org² é uma alternativa para checagem de informações veiculadas na internet e que, muitas vezes, são repassadas indiscriminadamente pelos internautas a outras pessoas. O objetivo desse checador é compilar as falsas notícias que são contadas on-line, prestando um serviço ao usuário da internet.

Ao usar os recursos do Boatos.org, no presente estudo, para checar as falsas notícias em relação à COVID-19, as palavras que mais se repetiram, no período selecionado para a coleta de dados, nas mensagens identificadas como fake news, conforme demonstra a Figura 17, foram: China, quarentena e causa. Não foi identificada uma frequência no uso da palavra “cura” e de suas derivações. As outras duas palavras destacam o efeito da pandemia, da quarentena e todos os malefícios causados pela doença.

² <https://www.boatos.org/>

Figura 17 – Boatos.org - Representação gráfica da conexão entre os termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador (11/06/2020)



Fonte: Elaborado pelo Autor

Quadro 16 – Fake news agrupadas na categoria “China”

Dados coletados do checador - BOATOS.ORG	
Data	Mensagens falsas
13/05/20	Bell Marques fala sobre coronavírus para Rui Costa e políticos da China durante carnaval de 2020
13/05/20	Máscaras contaminadas da China estão chegando no Porto de Santos e de Itajaí
30/04/20	OMS alerta sobre máscaras infectadas da China e Índia que chegam ao Brasil
30/04/20	Máscaras da China estão vindo com o número 666 (marca da besta) para o Brasil
30/04/20	Testes contaminados com coronavírus foram enviados da China aos EUA
30/04/20	FBI recolhe máscaras vindas da China que estavam infectadas com Covid-19
30/04/20	Illuminatis infectaram máscaras da China com coronavírus para reduzir população mundial
21/04/20	Filtros Mann envia carta ao Ministério da Saúde criticando compra de máscaras da China
21/04/20	Máscaras da China compradas por Mandetta estão contaminadas com coronavírus
21/04/20	Radarbox mostra que Brasil diminuiu número de voos enquanto EUA e China seguem fluxo aéreo normal
21/04/20	Índia processa China no tribunal internacional e pede US\$ 20 trilhões de indenização
12/04/20	Pirelli, Volvo e Syngenta foram vendidas para a China durante a pandemia do coronavírus
12/04/20	Tecnologia 5G está ligada ao surgimento do novo coronavírus na China
12/04/20	China compra empresa aérea Azul durante pandemia do novo coronavírus
12/04/20	Prefeito de Lisboa grava vídeo falando que China espalhou o coronavírus para o mundo
12/04/20	Série My Secret Terrius avisou que China iria criar coronavírus como arma biológica
04/04/20	China comprou cooperativas L.Riedi e Moinho Iguazu, do Paraná, durante pandemia
04/04/20	Dr. Charles Lieber foi preso nos EUA por fabricar e vender o coronavírus para a China
04/04/20	Pequim e Xangai não têm casos de coronavírus porque China criou uma arma biológica
04/04/20	Vídeo da TV italiana RAI de 2015 prova que o coronavírus (Covid-19) foi criado em laboratório na China
04/04/20	Band saiu do ar porque Datena anunciaria a cura do coronavírus e recebeu ligação misteriosa da China
28/03/20	Revista Saúde de 2003 prova que coronavírus (Covid-19) já existia e é uma armação da China
28/03/20	Presidente da China, Xi Jinping, faz discurso falando em nova era, exército e guerra inevitável
16/03/20	China criou o coronavírus para ganhar a 3ª Guerra Mundial e dar um golpe de mestre
16/03/20	China compra 30% de empresas do ocidente em operação Xeque-mate do coronavírus
16/03/20	Morcegos de crisântemo são filmados em telhado na China e a principal fonte do coronavírus
19/02/20	China mata 20 mil pacientes com coronavírus após pedir autorização para tribunal
19/02/20	China vende carne humana enlatada infectada com coronavírus
19/02/20	Plástico bolha pode transmitir coronavírus porque o ar vem da China
19/02/20	Homem da China come sopa de feto, mostram fotos
19/02/20	Morcegos, serpentes e cachorros são comercializados em feira na China, mostram fotos
19/02/20	Jornalista alemão filma pessoas caídas nas ruas na China e diz, em áudio, que milhares morreram por causa do coronavírus
19/02/20	Vídeo mostra feira de comida com animais vivos em Wuhan (China)
19/02/20	Sopa de morcego que foi consumida em Wuhan (China) é a causa do Coronavírus
19/02/20	Coronavírus tem 2,8 milhões de infectados e matou 112 mil pessoas na China

Fonte: Elaborado pelo Autor

Ao observar as informações constantes no Quadro 16, infere-se que a China se tornou o centro das atenções durante a pandemia de COVID-19. Várias mensagens estão relacionadas à influência daquele país em todo o processo de criação e disseminação do vírus. A narrativa desse checador é orientada para a causa e os efeitos da pandemia.

4.10.2 Checador Fato ou Fake

O Fato ou Fake³ surgiu em 2018, com o objetivo de alertar os brasileiros sobre conteúdos duvidosos disseminados na internet ou pelo celular, esclarecendo o que é notícia (fato) e o que é falsa informação (fake). Trata-se de um serviço de monitoramento e checagem de conteúdos duvidosos que reúne as apurações do próprio site e de outros veículos do Grupo Globo – O Globo, Extra, Época, Valor, CBN, Globo News e TV Globo.

Ao utilizar o checador Fatos e Fakes neste estudo, as palavras de maior frequência nas mensagens de fake news, identificadas conforme a Figura 18, foram: vídeo, isolamento e foto. Não houve nenhum destaque para a palavra “cura” e suas derivações.

Figura 18 – G1 – Fato ou Fake - Nuvem de tags com termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador (11/06/2020)



Fonte: Elaborado pelo Autor

³ <https://g1.globo.com/fato-ou-fake/>

Quadro 17 – Fake news agrupadas na categoria “Vídeo”

Dados coletados do checador - FATO e FAKE - G1	
Data	Mensagens falsas
05/06/20	Vídeo mostra pessoas abandonando as máscaras na Itália e que cenas revelem o fim da pandemia
04/06/20	Vídeo mostra Torre Eiffel reaberta à visitação com inscrição 'por todas as vítimas' em homenagem aos mortos pela Covid-19
29/05/20	Vídeo mostra ator Fabio Assunção criticando Doria e as medidas de isolamento social
22/05/20	Vídeo mostra polícia atirando em surfista na Praia do Futuro, em Fortaleza, após ele descumprir isolamento social
19/05/20	Vídeo mostra governador do Piauí em festa durante a pandemia da Covid-19
18/05/20	Vídeo mostra bebê sendo salvo do novo coronavírus da mãe contaminada ao nascer dentro de bolsa
12/05/20	Vídeo mostra equipe médica forjando caso de Covid-19 em São Paulo
11/05/20	Vídeo mostra profissionais de saúde dando as costas ao prefeito Bruno Covas em SP
10/05/20	Fotos e vídeos mostram produtos mofados em shopping de São Paulo durante a quarentena
04/05/20	Vídeo mostra presos sem máscara em fila para receber auxílio em banco no meio da pandemia
02/05/20	Vídeos mostram pessoas se passando por agentes de saúde para contaminar a população

Fonte: Elaborado pelo Autor

De acordo com o Quadro 17, os destaques são os vídeos criticando as políticas adotadas pelo Governo Federal, os registros de imagens de festas, aglomerações e ações da polícia para fazer valer o isolamento social. Foram encontradas fotografias de hospital vazio, de autoridades circulando sem proteção individual e participando de festas etc. Percebe-se que são imagens e registros utilizados fora de contexto, com o objetivo de distorcer a informação.

É possível inferir, a partir desta análise, que esse é o cenário do falso contexto e da manipulação de contexto, que ocorre quando um conteúdo genuíno é compartilhado com informação contextual falsa. (WARDLE, DERAKHSHAN, 2017). A narrativa desse checador está orientada para as políticas adotadas pelo Governo para reforçar o discurso de descontrole das autoridades durante a pandemia.

4.10.3 Agência LUPA

A agência Lupa⁴ segue uma metodologia de trabalho desenvolvida com base em processos de sucesso implantados por plataformas de fact-checking, signatária do código de princípios da International Fact Checking Network (IFCN).

Ao utilizar esse checador, também não foi identificada a palavra “cura” e suas derivações. As palavras com maior frequência nas mensagens de fake news identificadas por meio da Agência Lupa, conforme a Figura 19, foram: vídeo, pacientes e pandemia.

⁴ <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2015/10/15/como-fazemos-nossas-checagens/>

Figura 19 – Agência Lupa - Representação gráfica da conexão entre os termos mais usados nas falsas mensagens publicadas no checador (11/06/2020)



Fonte: Elaborado pelo Autor

Quadro 18 – Fake news agrupadas na categoria “Vídeo”.

Dados coletados do checador – LUPA	
Data	Mensagens falsas
22/06/20	Médicos dançando em vídeo não comemoram fim da Covid-19 em hospital de Israel
27/05/20	Vídeo de homem retirado vivo de túmulo é antigo e não tem relação com pandemia de Covid-19
19/05/20	Vídeo que mostra homem com suspeita de Covid-19 entrando em ambulância não foi forjado
15/05/20	hospital mostrado em vídeo viral não tem mais casos de Covid-19 na UTI
08/05/20	Vídeo de confronto entre ambulantes e fiscais em SP é antigo e não tem relação com Covid-19
06/05/20	Vídeo de médicos dançando em Israel tenha relação com fechamento de hospitais sem casos de Covid-19
29/04/20	Foto e vídeo de caixão vazio são antigas e não têm relação com enterros por Covid-19 no Amazonas
27/04/20	É falso vídeo de suposta reportagem com alerta da OMS sobre ‘máscaras infectadas com coronavírus’
17/04/20	Vídeo de abordagem policial em MG não tem relação com Covid-19
17/04/20	Vídeo que mostra mulher sendo agredida por guarda na Bahia não tem relação com a Covid-19
06/04/20	Homens em vídeos contra ações de combate ao coronavírus não são o ‘dono da Localiza’

Fonte: Elaborado pelo Autor

Nos parâmetros obtidos com o uso do checador Agência Lupa, os destaques foram as mensagens sobre vídeos e fotografias relacionando fatos antigos com o contexto atual da pandemia. Exemplo desse tipo de destaque para fake news, foram os caixões vazios, enterrados como se em seu interior houvesse uma vítima da doença, o que contribuiu para distorcer os números de sepultamentos no Estado do Amazonas. Além desse fato, foi encontrada nesse checador suposta reportagem com alerta da OMS sobre máscaras infectadas com coronavírus; vídeos gravados na entrada de hospitais foram usados para desacreditar as notícias sobre a pandemia e veiculadas fotografias antigas de pessoas caídas nas ruas, relacionando as imagens a ocorrências decorrentes do novo coronavírus.

A narrativa desse checador centrou-se na preocupação com o contexto usado nas mensagens falsas.

Percebe-se que são imagens e registros usados fora de contexto, com o objetivo de distorcer a informação. Todo esse conjunto de dados faz parte do falso contexto e ou da manipulação de contexto, que é quando um conteúdo genuíno é compartilhado com informação contextual falsa (WARDLE, DERAKHSHAN, 2017).

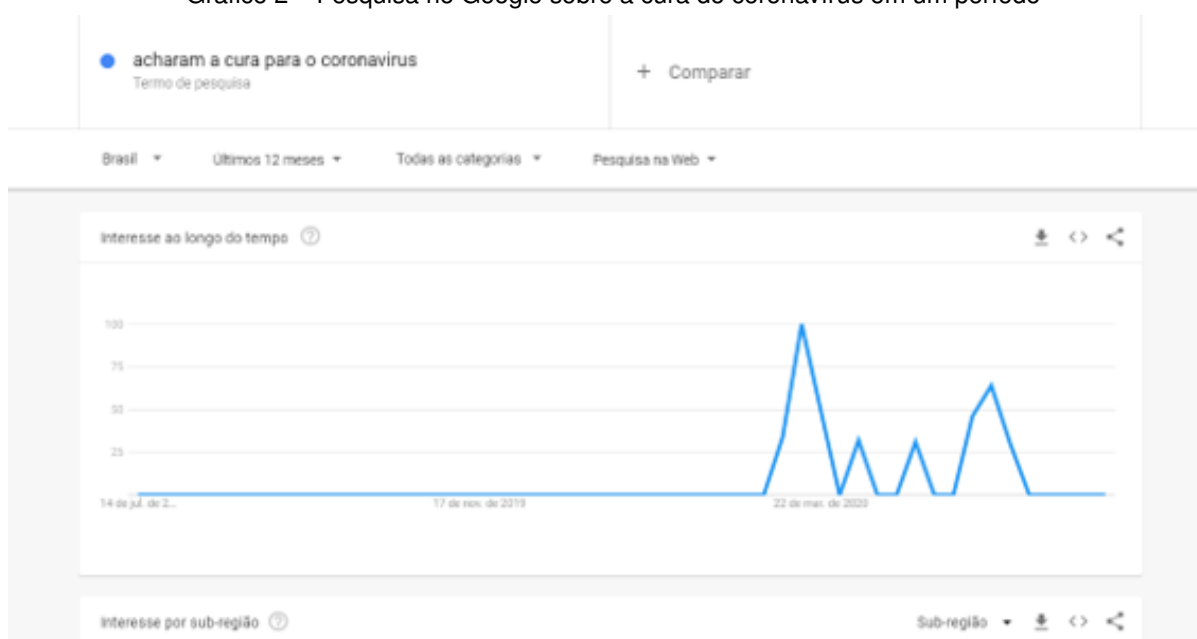
Diante do que foi constatado ao utilizar os checadores, é possível inferir que não há um padrão nas fake news avaliadas pelos verificadores em relação às falsas notícias veiculadas em um mesmo período. As evidências levam a crer que tais notícias são influenciadas por outros fatores.

Na tentativa de entender esse processo e chegar a uma conclusão se existe in-

fluência entre o que se publica, o que se pesquisa na Web com o que é verificado pelos checadores, foi usada uma ferramenta gratuita que permite acompanhar a evolução do número de buscas por uma determinada palavra-chave ou tópico ao longo do tempo, o GOOGLE (2020)

Ao realizar esta atividade, a palavra “cura” relacionada ao coronavírus e a uma frase sugerida pela ferramenta de busca encontrou como resposta a oração “acharam a cura do coronavírus”. Percebe-se que há uma crescente busca por esta palavra em um dado momento, conforme Gráfico 2.

Gráfico 2 – Pesquisa no Google sobre a cura do coronavírus em um período



Fonte: <https://trends.google.com.br/trends/explore?geo=BR&q=acharam%20a%20cura%20para%20o%20coronavirus>

No Gráfico 2, o eixo horizontal representa o tempo e o vertical refere-se à frequência com que um termo é procurado (GOOGLE, 2020). Notícias vinculadas às palavras buscadas são mostradas ao lado da imagem e relacionadas com o gráfico, apresentando possíveis motivos para um aumento ou diminuição do volume de buscas.

Analisando o Gráfico 2, infere-se que a busca por esse assunto está relacionada a uma Fake news, compartilhada em uma rede social, destacando uma vacina que cura o coronavírus em apenas três horas. Essa notícia falsa foi, inclusive, verificada pela Agência Lupa, com a seguinte denominação “#Verificamos: ‘Vacina’ que cura COVID-19 em apenas três horas não existe”, em 23 março de 2020.

A Falsa notícia dava conta de que uma vacina capaz de “curar” a COVID-19 em três horas seria lançada em alguns dias. O anúncio teria sido feito pelo Presidente dos Estados Unidos, Donald Trump, informando que a empresa farmacêutica Roche iria produzir

a vacina. Esta desinformação também foi destaque em vários outros países e teve seu conteúdo verificado por mais de 100 plataformas de fact-checking, dentre elas a Agência Lupa (MARÉS, 2020).

4.11 Considerações

Além de fornecer soluções por meio do desenvolvimento de produtos e serviços voltados ao combate da desinformação, a tecnologia tem avançado no campo das pesquisas, realizando estudos aprofundados sobre o tema.

As características de linguagem utilizadas no tratamento de notícias falsas têm sido objeto de exploração na área de Processamento de Linguagem Natural (PNL). Nesse sentido, Rafael et al. (2018) destaca que “[...] as tentativas de lidar com notícias falsas são relativamente recentes, tanto do ponto de vista teórico [...] como prático [...] alguns trabalhos anteriores mostraram que os seres humanos têm um fraco desempenho na separação de notícias verdadeiras e falsas, [...] e que o domínio pode afetar isto, mas outros produziram resultados automáticos promissores”.

É possível observar que existe uma relação da evolução dos números de buscas por uma determinada palavra-chave ou tópico ao longo do tempo com a sua influência nos checadores para verificação (ARCANJO, 2020).

Também foi possível inferir que os discursos das autoridades governamentais, destacando opiniões sem nenhum conhecimento científico, podem influenciar na disseminação de falsas informações nas redes sociais.

Faz-se necessário ressaltar a relevância da pesquisa multidisciplinar para o combate à cultura da desinformação, uma vez que investigações sobre a motivação de quem se ocupa em disseminar falsas informações podem auxiliar na melhoria da qualidade dos processos de comunicação. Para enfrentar o fenômeno das “fakes”, o emprego dos recursos tecnológicos deve ser feito de modo a facilitar ao usuário das redes de comunicação o acesso e o uso dos serviços informacionais certificados, com dispositivos que identifiquem a possibilidade de fraudes ou de informações duvidosas. É nesse sentido que a presente pesquisa será conduzida.

Trata-se de um trabalho desafiador, de caráter multidisciplinar, que objetiva tornar os softwares mais eficientes na tarefa de identificar possíveis manipulações ou inconsistências e, também, estimular a educação ética voltada aos usuários e produtores de mensagens, por meio de uma conjunção de ideias, a partir de conhecimentos advindos da Ciência da Informação, da Computação, da Comunicação e da Educação (em destaque) e de outras áreas do saber.

Importante ressaltar o cunho educativo de pesquisas como esta que visa despertar a conscientização dos usuários dos sistemas de tecnologia em relação à desinformação. Por um lado, a simples reflexão sobre os prejuízos imateriais é suficiente para a percepção

da necessidade do uso ético dos meios de acesso e processamento de mensagens. E, por outro, o desenvolvimento de métodos que permitam o uso mais competente em relação às práticas de pesquisa e seleção da informação, seja no ambiente de trabalho, na escola, nas universidades e nas comunidades, de um modo geral, fazendo uso de aplicativos para comunicação nas redes sociais, demonstram a relevância do presente estudo.

Importante ressaltar que a identificação de fontes de pesquisas e de pessoas confiáveis no ambiente virtual é uma aprendizagem permanente e que deve ser praticada ao longo da vida.

5 Percurso Metodológico

Para a elaboração dos argumentos constantes nesse estudo foram empregados os pressupostos do Construtivismo, no que tange à Educação.

Diversos campos de estudos adotam abordagens construtivistas na formulação de seus conceitos. Valendo-se dos conhecimentos socialmente construídos pelos indivíduos, como meio de facilitar a aquisição do saber, o emprego desta metodologia favorece o processo de aprendizagem por meio da correlação dos conteúdos abordados em sala de aula com as interações do aluno com o contexto em que vive. Depreende-se, a partir destas observações, que o trabalho dos ACEs e ACSs pode ser conduzido pelo mesmo viés.

O objetivo, ao seguir por esta linha de raciocínio, é dar sentido e/ou interpretar os significados que as pessoas atribuem ao que acontece no ambiente onde vivem, a partir de seus conhecimentos em relação a determinado assunto. Nesse caso, a percepção das comunidades abrangidas pelas ações do SUS quanto ao trabalho dos agentes de saúde que atuam nas localidades onde vivem.

A natureza dessa pesquisa é descritiva, uma vez que o estudo (expositivo) faz um diagnóstico em profundidade dos indivíduos, situações, grupos, organizações, tribos, sub-culturas, interações ou objeto social, na tentativa de expor determinadas características do fenômeno abordado na investigação científica. (SEKARAN, 2000).

Para tanto, aspectos dos processos de trabalho e das ações realizadas pelos ACSs e ACEs nas localidades por eles atendidas, sobretudo no que se refere a como informam, educam e se comunicam com as famílias e comunidades em suas áreas de atuação, serão estudados, desde a origem, a partir do momento em que foram criadas oficialmente, pelo Ministério da Saúde, em 1991, as funções desses profissionais.

O estudo, com vistas a recuperar o histórico de trabalho dos ACSs e ACEs, será feito por meio de pesquisa documental e bibliográfica, com o intuito de compreender como se deu a dinâmica de implementação desta atividade, a sua base conceitual e a sua relevância para as práticas de promoção, prevenção e recuperação dos principais agravos que atingem as populações que residem ou trabalham nas áreas de atuação desses profissionais.

A revisão da literatura ancora-se em bases técnico-científicas, em documentos oficiais do Ministério da Saúde e na legislação pertinente ao tema da pesquisa (Portarias, Decretos, Leis, Constituição Federal).

A abordagem metodológica será desenvolvida com base em parâmetros mistos que envolvem a coleta, análise e integração dos elementos da pesquisa quantitativa e qualitativa em um único estudo, considerando-se que a combinação da investigação quantitativa e qualitativa converge para um melhor entendimento de um problema de pesquisa do que se for considerado apenas um dos métodos, isoladamente (CRESWELL, 2007). Trata-se de uma pesquisa aplicada com objetivos práticos e com a finalidade de melhorar processos, por meio da aplicação imediata dos resultados obtidos no estudo.

O ambiente de estudo é natural, com foco no trabalho desenvolvido pelos ACSs e ACEs, baseado em investigações de campo com horizonte temporal transversal.

O método de pesquisa consiste em um levantamento nacional realizado de forma simultânea nas 27 unidades federativas do Brasil. As técnicas utilizadas para levantamento de dados foram um questionário e entrevistas para coleta das informações que serão as fontes de dados primários do presente estudo. A ferramenta adotada para o levantamento quantitativo foi um formulário eletrônico.

Foram utilizadas técnicas estatísticas para análises de dados, com vistas a alcançar os objetivos da pesquisa quantitativa e encontrar resposta para o problema de pesquisa e, por consequência, atribuir sentido aos elementos coletados.

Para a coleta de informações referentes à parte qualitativa do estudo, utilizou-se de entrevistas com roteiro semiestruturado, as quais foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Nessa fase, o objetivo foi descrever as concepções e práticas desenvolvidas pelos agentes de saúde e compreender as modalidades dessas atividades no que se refere aos processos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal) e suas influências na promoção da saúde integral dos indivíduos, famílias e comunidades, além de descrever e analisar a efetividade da atuação dos ACSs e ACEs sobre o nível de saúde da população.

Assim sendo, compõem as etapas desta investigação: (1) a revisão de literatura dos referenciais teóricos que embasam o trabalho; (2) o levantamento nacional sobre o perfil dos ACSs e ACEs e suas condições socioeconômicas, culturais e demográficas; (3) a pesquisa de campo; (4) a análise, inferência e interpretação dos resultados a partir da avaliação dos discursos coletivos dos sujeitos, norteados pelos estudos de Lefèvre e Lefèvre (2003).

Em uma situação de normalidade, esse trabalho poderia ter sido realizado por meio de encontros presenciais e de oficinas. Porém, devido às circunstâncias em que o país se encontrava, em termos de isolamento social e de cuidados em relação à disseminação do vírus causador da pandemia de Covid-19, foi necessário ajustar a ferramenta para que os entrevistados pudessem acessá-la de forma remota, além de disponibilizá-la em várias plataformas e, posteriormente, proceder à análise dos dados obtidos em todos os canais utilizados pelos respondentes, usando aplicativos de conferência web. Instrumentos de pesquisa similares já foram utilizados por outros estudiosos, em diferentes situações, o que demonstra que são meios eficientes de coleta de dados de natureza qualitativa e exploratória.

Em relação aos dados quantitativos, com distribuição espacial por unidade federativa, definiu-se uma amostra (vide anexo B) significativa (ACS e ACE), perfazendo 9.953 ACSs e 8.824 ACEs, totalizando 18.777 agentes de saúde participantes da pesquisa, conforme Tabela 1. Para a coleta de dados, foi desenvolvido um instrumento eletrônico por meio da ferramenta RedCap (vide Anexo C). Para acompanhamento e geração dos indicadores, utilizou-se a ferramenta Microsoft Power BI (vide Anexo D). O levantamento das informações

teve início a partir da aprovação do parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), em 24/09/2021, conforme Apêndice C.

A análise qualitativa será constituída por entrevistas em profundidade, a partir de uma amostra aleatória e/ou intencional. Desse modo, será composto o cenário qualitativo da investigação, com a finalidade de compreender como se dá a prática das atividades dos ACSs e ACEs, à luz dos referenciais que norteiam os trabalhos desses agentes, em termos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

5.1 Os sujeitos da investigação

Esta tese será elaborada por meio de abordagem metodológica quantitativa e qualitativa direcionada a avaliar as atividades do Agente Comunitário de Saúde (ACS) e do Agente de Combate às Endemias (ACE). O Brasil conta com 285.681¹ Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e 94.769² Agentes de Controle de Endemias (ACE), o que corresponde a 62,26% dos municípios cobertos por esses profissionais em todo o país.

A partir dos pré-testes desenvolvidos em parceria com a equipe da Rede Brasil e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (CONACS), identificou-se que os ACSs e ACEs, incluindo os indígenas e os quilombolas, seriam os protagonistas ideais para o estudo aqui proposto, uma vez que, devido ao fato de pertencerem às localidades abrangidas pelos programas de saúde coletiva, são capazes de fazer chegar até as famílias e comunidades informações confiáveis e que, neste momento, são imprescindíveis para o enfrentamento da pandemia que é, provavelmente, a maior crise sanitária deste século.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional cujas atribuições englobam ações que contemplam diferentes competências e habilidades, as quais são adquiridas ao longo de sua formação e experiência em lidar com as comunidades atendidas pelos programas de saúde da família.

O Agente de Controle de Endemias (ACE) é um profissional de fundamental importância na estratégia de vigilância e ações em saúde pública, pois suas atividades estão diretamente ligadas ao controle de endemias e epidemias. Esse agente de saúde está vinculado às equipes de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF) exercendo o seu trabalho de modo a apoiar as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. (TORRES, 2009).

¹ CNES – Mês de referência: fevereiro de 2021

² SAGE - SAPS/MS: 2019

5.2 Cálculo amostral da pesquisa

Visando alcançar respostas com significância estatística para as questões quantitativas da pesquisa, realizou-se cálculo de duas amostras significativas aleatórias para os ACEs e ACSs por UF, (SOUSA, 2021).

Para ter conhecimento do tamanho da população envolvida no estudo, considerou-se como base de dados as informações disponibilizadas pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir das quais foram contabilizados 94.769 ACEs e 285.681 ACSs, tomando como referência o mês de fevereiro de 2021, estando esses agentes de saúde distribuídos por Unidade Federativa, conforme se verifica na Tabela 1 (CNES, 2021). O cálculo para definição do tamanho das duas amostras (ACE e ACS), conforme Figura 20, considerou:

Figura 20 – Fórmula de cálculo para definição do tamanho das duas amostras

$$Tamanho = \frac{\frac{z^2 * p * (1-p)}{e^2}}{1 + \left(\frac{z^2 * p * (1-p)}{e^2 * N} \right)}$$

Fonte: Plano Amostral Pesquisa ACS Brasil, 2021 – Autores - Prof. D. Sc. Joserlan N. Moreira e Profa. Dra. Rackynelly Soares (SOUSA, 2021)

N = variante que representa o tamanho da população que, nesse caso, se refere a 94.769 ACEs e 285.681 ACSs a margem de erro foi de 5%;

Z = escore, o qual, para obter o grau de confiança de 95%, equivale a 1,96; e

P = proporção da população em cada extrato.

O referido cálculo apresentou um tamanho amostral, considerando os agentes de saúde de todo o país, de **9.953** ACSs e **8.824** ACEs (Tabela 2). Posteriormente estas amostras serão estratificadas por municípios, segundo a sua tipologia, em consonância com o que dispõe o IBGE (2017), obedecendo ao critério da proporcionalidade direta (SOUSA, 2021).

Entretanto, os dados mostram atualmente³ que existem no Brasil **291.261 ACSs** e **100.146 ACEs**,(Dados de Dez/2022). Para os dados quantitativos, foi feito um recorte temporal em 31/10/2022, quando realizou-se a extração de todos os dados da plataforma numa coleta que permite uma análise parcial, considerando que a pesquisa “Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil” (www.pacs30anos.com.br), não atingiu a meta prevista em alguns estados, exigindo ainda essa complementaridade de dados em algumas regiões.

A tabulação dos dados extraídos em 31/10/2022, foi realizada na ferramenta Microsoft Power BI Desktop 2022, através de uma Interface de Programação de Aplicações (API). O Microsoft Power BI⁴ é uma plataforma de análise de dados lançado em 2015. O objetivo do Power BI é fornecer visualizações interativas e recursos de business intelligence (BI) em uma interface para que os usuários finais criem relatórios e dashboards personalizados.

Na análise das variáveis foram utilizados os dados, em consonância com o instrumento da pesquisa (questionário) que coletou os dados dos ACSs e ACEs, dividido em seis blocos.

Foram analisados os dados extraídos em 31/10/2022 na ferramenta explorando quantitativamente as informações de cada um dos seis blocos. Chegou-se a um total de 7.087 respondentes, sendo 5.660 ACSs e 1.427 ACEs, conforme o Quadro 19 a seguir.

³ cnes2.datasus.gov.br/Mod_Imprimir_Profissionais.asp

⁴

<https://powerbi.microsoft.com/pt-br/>

Quadro 19 – Tamanho da amostra parcial ACS e ACE

Fonte: Autor
Tamanho da amostra n (inicial) = 7.087 indivíduos (Tabela 1);
Perdas = 13 (1 Termo de consentimento livre e esclarecido não assinado e 12 não ACS/ACE);
Tamanho da amostra n (final) = 7.074 indivíduos;
Tamanho da amostra n (ACS) = 5.660 indivíduos;
Tamanho da amostra n (ACE) = 1.414 indivíduos.

Fonte: Elaborado pelo autor

A etapa qualitativa usou uma amostra aleatória e/ou intencional, com entrevistas em profundidade, com a finalidade de obter uma compreensão das práticas dos ACSs e ACEs à luz dos referenciais e processos que embasam o trabalho desses profissionais, em termos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde. Além disso, buscou-se encontrar evidências da eficácia da atuação desses agentes sobre o nível de saúde da população.

Em relação aos critérios para a definição da amostra, segundo Minayo (1994), no método qualitativo, a quantidade de entrevistas não se baseia numa representatividade numérica e, sim, na vinculação que os indivíduos sociais têm com o problema a ser investigado. A autora afirma que uma boa amostragem é aquela capaz de abranger a totalidade de um problema a ser investigado em todas as suas dimensões.

Em cumprimento a esta orientação, a escolha dos sujeitos que compõem esta amostra foi feita levando em consideração o nível de envolvimento desses profissionais com a Atenção Básica da Saúde em diferentes dimensões. Nesse contexto, a amostra qualitativa está baseada em: um(a) ACS e um(a) ACE/AVA por região mais o DF; ou dois ACS e dois ACE/AVA por estado. No total, foram realizadas 54 entrevistas.

5.3 Etapa Quantitativa da Pesquisa

Para esta etapa do trabalho, conforme divisão utilizada para cada momento da pesquisa, os assuntos foram distribuídos, em fases, dentro do universo da tese, de acordo com a sequência a seguir:

Fase I - Quantitativo - realizada a partir da pesquisa mãe, intitulada “UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL” (vide Apêndice A), desenvolvida pelo Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (LabECoS/FS) e pelas Unidades de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) e de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB). Esse tópico está dividido em seis blocos de questões sobre o ACS e o ACE e suas atividades cotidianas, conforme a seguir:

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO PESSOAL - contém os dados pessoais e informações que podem ser usadas para identificar, contactar ou localizar uma única pessoa dentre todos os indivíduos envolvidos no estudo. Para os efeitos desse trabalho, é importante catalogar e separar as categorias de agentes de saúde, classificando-os em Agente Comunitário de Saúde e Agente de Controle de Endemias;

BLOCO 2: FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL - esse bloco descreve o contexto da formação técnica e profissional, bem como os cursos de capacitação para ACEs e ACSs;

BLOCO 3: TRABALHO, SALÁRIO E RENDA - registro das informações sobre o tempo de trabalho, equipe, vínculo, jornada, renda e condições de trabalho dos ACSs e ACEs;

BLOCO 4: PRÁTICAS COLETIVAS NA UBS-ESF - esta parte do estudo identificou como é o cotidiano das equipes (ACS e ACE), quais ações e atividades práticas esses profissionais realizam junto à comunidade, como, por exemplo, a abrangência territorial de cada equipe, dentre outras questões inerentes ao ofício desses agentes de saúde;

BLOCO 5: PRÁTICAS INDIVIDUAIS NAS UBS/ESF (COMUNIDADES) - etapa da pesquisa que identificou as ações realizadas com mais frequência pelos ACSs e ACEs, tais como, práticas individuais do agente junto à comunidade por ele assistida;

BLOCO 6: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE - nesse bloco está contextualizado o momento atual desses profissionais, em relação à Informação, Comunicação e Educação em Saúde. O objetivo foi identificar como os ACSs e ACEs se comunicam com as famílias do seu território de atuação, com base em notícias veiculadas nas principais mídias e em fontes formais de informação e como eles utilizam esses conhecimentos em suas atividades como agentes de saúde. Devido ao fato de estarem diariamente em contato com a comunidade e lidando com todo tipo de informação relacionada à saúde coletiva, os ACSs e ACEs são os protagonistas desta pesquisa que busca identificar como esses profissionais reagem diante de informações sobre saúde, no intuito de responder questões que norteiam esse estudo, tais como: “Diante de falsas informações, qual a sua atitude, o quanto esse tipo de notícia impacta a sua atividade profissional?”

Essa etapa do estudo teve por objetivo realizar um levantamento nacional sobre o

perfil dos ACSs e ACEs (incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas), no intuito de promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que possam auxiliá-los no aprimoramento de suas competências e práticas, contribuindo para a melhoria dos processos em relação aos cuidados da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades por eles atendidas.

5.4 Etapa Qualitativa da Pesquisa

Fase II - O estudo qualitativo foi realizado com a finalidade de obter uma melhor compreensão das práticas dos ACSs e ACEs à luz dos referenciais que norteiam os seus processos de trabalho em termos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde, em busca de evidências que comprovem a eficácia da atuação desses profissionais sobre o nível de saúde da população.

A pesquisa de campo, realizada de acordo com um roteiro de entrevistas semiestruturadas aplicadas aos ACSs e ACEs (vide Apêndice B), buscou descrever as concepções e práticas desenvolvidas por esses profissionais nos processos que envolvem as áreas da Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

Esse roteiro foi dividido em três blocos:

Bloco I - identificação/Perfil: identificação do profissional (se ACS ou ACE), descrevendo a idade, o tempo de trabalho, a escolaridade, o local de residência, o salário e o grau de satisfação em relação à atividade exercida;

Bloco II - Prática profissional: etapa destinada a levantar dados sobre treinamentos e nível de atualização profissional como contributo para a realização das atividades, condições de trabalho, nível de satisfação com a profissão e renda, além das motivações que levam os agentes de saúde a desempenharem as suas funções;

Bloco III - Educação, Informação e Comunicação em Saúde: o objetivo, nesse tópico, é identificar as principais habilidades e conhecimentos do ACE e do ACS, além de averiguar os equipamentos dos quais dispõem ou que são necessários nos locais onde trabalham. A apresentação dos dados e resultados dessa fase do estudo estão na parte que trata do trabalho de campo.

Os resultados alcançados por meio das respostas dos agentes envolvidos no estudo contribuirão para a definição de diretrizes, para o fortalecimento e para a consolidação das atribuições dos ACEs e ACSs junto à Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

5.5 O trabalho de campo

Para o desenvolvimento desta tese, optou-se por dividir o estudo, situando-o em três momentos, para que a execução do trabalho seguisse uma diretriz, cuja sequência é apresentada a seguir. Uma pesquisa desta natureza demanda a observação de alguns conceitos e procedimentos, a exemplo da análise documental aqui empregada que deve ser compreendida a partir da identificação, verificação e apreciação dos documentos considerados como fontes primárias de informações.

Devido à riqueza informacional e ao caráter inclusivo das redes e mídias sociais, estas também foram objeto do presente estudo, uma vez que as estruturas tecnológicas são amplamente utilizadas como fontes de pesquisas e como mecanismos de buscas para outras atividades de relevância quando o objetivo é a busca pela informação.

Os momentos dos estudos que embasam essa pesquisa são:

Momento I - etapa dedicada à revisão bibliográfica, de acordo com o referencial teórico adotado no estudo, e também à análise documental, por meio de leituras de documentos do Ministério da Saúde (Análise documental). Além de conhecer e entender o funcionamento da Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento.

Momento II - fase de elaboração do questionário, o qual foi dividido em seis blocos, destinado à pesquisa quantitativa, por meio da aplicação de um pré-teste. O objetivo foi realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos ACSs e ACEs (incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas). Esse trabalho foi realizado em conjunto com a equipe da Rede Brasil (vide Apêndice A).

Momento III - construção de um roteiro de entrevistas, dividido em três blocos, destinado à pesquisa qualitativa. Esse documento foi aplicado na etapa de abordagem dos ACSs e ACEs para direcionar a pesquisa em relação à descrição das concepções e das práticas/ações desenvolvidas por esses profissionais nos processos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde junto às comunidades por eles atendidas (vide Apêndice B). Em uma situação de normalidade, o trabalho poderia ser feito em encontros presenciais e oficinas. Dadas as circunstâncias atuais de isolamento social e cuidados decorrentes da pandemia, é possível ajustar a ferramenta para o acesso remoto em várias plataformas e também fazer a análise dos dados entre todos usando aplicativos de conferência web.

Para os três momentos, foram definidos métodos, técnicas, variáveis e indicadores de análises que atendessem aos oito objetivos propostos na pesquisa, a saber:

Para atender ao objetivo 1: caracterizar o perfil social, demográfico, econômico,

cultural e profissional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) - análise documental e roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas;

Para atender ao objetivo 2: contextualizar os cenários onde acontecem as práticas profissionais dos ACEs e ACSs, segundo tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) - análise documental e roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas;

Para atender ao objetivo 3: descrever as concepções e práticas desenvolvidas pelos ACEs e ACSs, correlacionando-as ao perfil desses profissionais e ao cenário onde atuam, levando em consideração as características dos diferentes municípios, estados e regiões brasileiras - roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e aplicação das entrevistas;

Para atender ao objetivo 4: mapear os fluxos formais de informação nos diferentes ambientes de atuação dos ACEs e ACSs, bem como os instrumentos utilizados para coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação do conhecimento por meio da comunicação comunitária, objetivando criar estratégias e/ou ferramentas de apoio ao desenvolvimento de suas atividades cotidianas e que possam auxiliá-los em tomadas de decisões - roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e aplicação das entrevistas;

Para atender ao objetivo 5: compreender quais são as modalidades práticas baseadas em Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal) desenvolvidas pelos ACEs e ACSs e qual a influência dos conhecimentos desses profissionais na efetividade do trabalho que realizam junto às equipes de Atenção Básica de Saúde, segundo as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em relação ao apoio e orientação das famílias e demais membros das comunidades onde atuam - roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e aplicação das entrevistas;

Para atender ao objetivo 6: verificar quais são as estratégias e os instrumentos que os ACEs e ACSs utilizam para colocarem em prática os seus conhecimentos sobre Informação, Educação e Comunicação em Saúde na perspectiva de prevenção e promoção da saúde coletiva - roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e aplicação das entrevistas;

Para atender ao objetivo 7: propor, a partir do levantamento das lacunas observadas com a realização dessa pesquisa, a elaboração de um conjunto de estratégias que possibili-

tem a identificação das necessidades informacionais dos ACEs e ACSs, com o intuito de melhorar as atividades práticas desses profissionais;

Para atender ao objetivo 8: elaborar sínteses baseadas em evidências científicas, a partir do conhecimento produzido com a realização desse estudo, no intuito de que o conteúdo elaborado possa subsidiar os tomadores de decisão em saúde (gestores e profissionais de saúde) e também a comunidade, de um modo geral, com vistas a minimizar os efeitos da Desinformação no contexto da Atenção Básica da saúde (ABS) no âmbito do SUS.

5.6 Análise e tratamento dos dados

Para um estudo aprofundado das questões de pesquisa, as informações foram sintetizadas com base nos objetivos, métodos, técnicas e indicadores, conforme ilustra a :

Tabela 2 – Síntese dos objetivos / métodos / técnicas e indicadores

Objetivos	Métodos	Técnicas	Indicadores
Caracterizar o perfil social, demográfico, econômico, cultural e profissional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)	Quantitativo e qualitativo	Análise documental e roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas com a Análise do discurso do sujeito coletivo	Instrumento quantitativo - Blocos 1, 2,3, caracterização do Persona ACS e ACE - Bloco geral, Brasil; Instrumento qualitativo - Bloco I Identificação perfil e II: Prática profissional, opiniões expressas pelos entrevistados;

Objetivos	Métodos	Técnicas	Indicadores
Contextualizar os cenários onde acontecem as práticas profissionais dos ACE e ACS, segundo tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)	Quantitativo e qualitativo	Análise documental e roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas com a Análise do discurso do sujeito coletivo	Instrumento quantitativo - Blocos 1 - Questão 7 - Em qual Estado e município mora? (Percentual dos municípios que residem os ACS's e ACE's segundo a tipologia municipal rural-urbano proposta pelo IBGE).
Mapear os fluxos formais de informação nos diferentes ambientes de atuação dos ACE e ACS, bem como os instrumentos utilizados para coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação do conhecimento por meio da comunicação comunitária, objetivando criar estratégias e/ou ferramentas de apoio ao desenvolvimento de suas atividades cotidianas e que possam auxiliá-los em tomadas de decisões.	Quantitativo e qualitativo	Roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e entrevistas, com a Análise do discurso do sujeito coletivo.	Instrumento quantitativo - Blocos 6 - Informação, Educação e Comunicação em Saúde - (Questões 23 e 24) - Distribuição por Bloco geral, Brasil. Instrumento qualitativo - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em Saúde - (Questão 10) - Opiniões expressas pelos entrevistados;

Objetivos	Métodos	Técnicas	Indicadores
<p>Compreender quais são as modalidades práticas baseadas em Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal) desenvolvidas pelos ACE e ACS e qual a influência desses conhecimentos na efetividade do trabalho que realizam junto às equipes de Atenção Básica de Saúde, segundo as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no apoio e orientação das famílias e demais membros das comunidades onde atuam</p>	<p>Quantitativo e qualitativo</p>	<p>Roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e entrevistas, com a Análise do discurso do sujeito coletivo.</p>	<p>Instrumento quantitativo - Blocos 6 - Informação, Educação e Comunicação em Saúde. (Questão 25 - Quais são as principais fontes de informação que você utiliza para tirar dúvidas nas suas atividades como agente?) - Distribuição por Bloco geral, Brasil</p>
<p>Verificar quais são as estratégias e os instrumentos utilizados pelos ACE e ACS para colocar em prática os seus conhecimentos sobre Informação, Educação e Comunicação em Saúde, na perspectiva de prevenção e promoção da saúde coletiva</p>	<p>Quantitativo e qualitativo</p>	<p>Roteiro de entrevistas estruturadas e semi-estruturadas e entrevistas, com a Análise do discurso do sujeito coletivo</p>	<p>Instrumento quantitativo - Blocos 2 - Formação e Educação Profissional (Questões - 8, 11 e 12) Distribuição por Bloco geral, Brasil.</p> <p>Instrumento qualitativo - Bloco II: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questões 1,2 e 3) - Opiniões expressas pelos entrevistados;</p>

Objetivos	Métodos	Técnicas	Indicadores
<p>Propor, a partir do levantamento das lacunas observadas com a realização desta pesquisa, a elaboração de um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação das necessidades informacionais dos ACE e ACS com o intuito de melhorar as suas práticas profissionais;</p>	<p>Quantitativo e qualitativo</p>	<p>Roteiro de entrevistas semi-estruturadas e entrevistas, com a Análise do discurso do sujeito coletivo</p>	<p>Instrumento qualitativo - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questões 9,10,11,12,13 e 14, conforme o Quadro 28) - Opiniões expressas pelos entrevistados;</p>
<p>Elaborar sínteses baseadas em evidências científicas, a partir do conhecimento produzido com este estudo, que possam subsidiar os tomadores de decisão em saúde (gestores e profissionais de saúde) e também a comunidade, de um modo geral, com vistas a minimizar os efeitos da Desinformação no contexto Atenção Básica da saúde (ABS) no âmbito do SUS.</p>	<p>Quantitativo e Qualitativo</p>	<p>Roteiro de entrevistas semi-estruturadas e entrevistas, com a Análise do discurso do sujeito coletivo.</p>	<p>Instrumento quantitativo - Blocos 2 - Formação e Educação Profissional e Bloco 6: Informação, Comunicação e Educação em Saúde. Distribuição por Bloco geral, Brasil.</p> <p>Instrumento qualitativo - Bloco II: Prática profissional - (Questão 01) - Opiniões expressas pelos entrevistados;</p>

Objetivos	Métodos	Técnicas	Indicadores
-----------	---------	----------	-------------

Fonte: Elaborado pelo autor

Foi feita a interação das informações obtidas com a aplicação dos questionários e das entrevistas semi-estruturadas (vide Apêndice A e B), a partir de perguntas estratégicas presentes nos referidos documentos aplicados em campo.

5.7 Discurso do sujeito coletivo - DSC

O DSC é uma técnica utilizada em pesquisas de opinião, com questões abertas, para analisar dados qualitativos que permitem quantificar e verificar a distribuição estatística do pensamento coletivo, baseado em coleta de dados, por meio de entrevistas. Ao utilizar esse método, o pesquisador poderá organizar e tabular dados qualitativos de natureza verbal que fundamentam um discurso-síntese, desenvolvido na primeira pessoa do singular, mas que usa partes de discursos de outros partícipes, com sentidos iguais, mediante formas sistemáticas e padronizadas (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2006b; MENDONÇA, 2007; BRITO, 2021).

A aplicação desta técnica consiste em reunir as Expressões-Chave (EC) com o mesmo sentido, destacando as Ideias Centrais (IC) ou Ancoragens (AC) equivalentes ou complementares. O DSC é concebido a partir da análise de fragmentos das ideias centrais semelhantes, com o emprego de conectivos para dar coerência e tornar o texto claro e simples.

Por meio do emprego da técnica aplicada à análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) que consiste em examinar depoimentos cujas respostas contenham sentidos semelhantes, pretende-se lançar um novo olhar sobre o conjunto de respostas, seguindo as orientações do método desenvolvido por Fernando Lèfevre e Ana Maria Lèfevre.

Em um estudo recente, Mendonça (2007), avaliou as possibilidades de uso dessa técnica aplicada à Ciência da Informação.

Com o aperfeiçoamento da metodologia do DSC, vem sendo observado nos últimos anos um fenômeno de utilização dessa abordagem por diversas áreas do conhecimento. A Ciência da Informação é uma dessas áreas e vem se destacando pelo grande número de pesquisas, teses e dissertações que têm como fundo de análise o DSC (p.162).

Lèfevre e Lèfevre (2006a), define a técnica como sendo

[...] um procedimento metodológico de natureza qualiquantitativa que busca superar os impasses das pesquisas tradicionais de representação social, recuperando, na escala coletiva - usando para isso procedimentos amostrais e de controle de variáveis que conferem representatividade aos achados - a natureza discursiva e argumentativa do pensamento (p. 1).

O teórico ressalta também o significado de DSC

[...] o resgate do sentido das opiniões coletivas, que desemboca num conjunto de discursos, é um processo complexo, subdividido em vários momentos, efetuado por meio de uma série de operações realizadas sobre o material verbal coletado nas pesquisas (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2006a, p. 1).

Os autores fazem um resumo sobre o emprego dessa técnica em estudos científicos, conforme trecho a seguir:

Discurso do Sujeito Coletivo é uma técnica que busca resolver os impasses que o pesquisador encontra quando deseja processar depoimentos em pesquisas qualitativas que usam questionários com perguntas abertas (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2006b, p. 1).

O DSC está fundamentado na Teoria das Representações Sociais. É uma técnica de pesquisa que oportuniza ao estudioso conhecer pensamentos, opiniões, crenças e valores de uma coletividade, a partir da expressão individual sobre um determinado assunto, levando em conta que essas representações são uma forma de conhecimento, socialmente elaborado e compartilhado, que demonstra uma realidade comum a um grupo social (OLIVEIRA et al., 2018).

Essa teoria discorre sobre os fenômenos que são observáveis ou que podem ser reconstruídos a partir de um trabalho científico. As evidências são encontradas, geralmente, nas mensagens veiculadas de diferentes maneiras, como, por exemplo, na mídia, e estão consolidadas nas condutas dos indivíduos. Essas representações sociais se traduzem como uma forma de conhecimento construído e compartilhado socialmente. Nesse sentido, a informação gerada a partir desse meio de aprendizado contribui para a construção de uma realidade que é comum a um determinado grupo social. Mesmo que não pertença ao senso comum e considerado não-científico, esse tipo de saber torna-se objeto de estudo científico, porque apresenta conhecimentos úteis, do ponto de vista dos processos cognitivos e das interações sociais (JODELET, 2010).

Com base na Teoria das Representações Sociais, pode-se afirmar que o DSC é uma estratégia metodológica utilizada para investigar representações sociais e os diversos fenômenos presentes nos pensamentos, opiniões, crenças e valores que norteiam as relações de uma coletividade. Os resultados obtidos com a realização de estudos desta natureza podem ser eficazes se aplicados como recursos de intervenção social. Exemplos de onde pode ser empregada essa técnica são as campanhas de saúde (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2014; COSTA-MARINHO, 2015). Por esse motivo, optou-se por utilizar a técnica à luz da Ciências da Informação.

5.7.1 O uso do Discurso do Sujeito Coletivo na análise dos dados

Para um melhor entendimento sobre o DSC, é necessário representar passo a passo, de acordo com os fundamentos cunhados por seus idealizadores, como se aplica essa técnica. De acordo com Mendonça (2007, p.115), “DSC é o único conjunto de discursos que o compõe, ou seja, cada conjunto de falas remete-nos a uma fala apenas”. A proposição

do DSC num trabalho de pesquisa refere-se a analisar dados qualitativos de natureza verbal. Diante desta afirmação, para obter resultado no processo da análise e construção do discurso, é imprescindível coletar os insumos, ou seja, registrar os discursos orais dos indivíduos envolvidos no estudo. Nesse caso, a ferramenta mais assertiva é a entrevista. Porém, outras formas de catalogar os dados podem ser utilizadas, tais como: depoimentos, cartas, artigos, entre outros. Tendo conhecimento de todos os instrumentos que poderá utilizar em seu estudo, o pesquisador vai definir qual linha investigativa adotará para a coleta de dados que resulte na quantidade apropriada de amostra para validar a pesquisa. Segundo os autores dos instrumentos de coleta de dados, quanto maior for a amostra, mais rico é o contexto do grupo social estudado. A partir do levantamento das informações, o pesquisador poderá analisar as expressões individuais presentes nas entrevistas e identificar as ideias centrais e ancoragens que darão suporte ao seu trabalho. (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005)

Para a aplicação e análise dos resultados são utilizados discursos completos dos sujeitos participantes da pesquisa, a partir das figuras metodológicas, quais sejam: Expressões-Chave (ECH), Ideias Centrais (IC) e Ancoragem (AC). Esses termos serão conceituados conforme a seguir:

Expressões-Chave (ECH): são partes ou fragmentos de um discurso individual que expressam a essência do conteúdo desses enunciados, que apresentam uma ideia central (IC) ou uma Ancoragem (AC). Nas expressões-chave coletadas no estudo, foram reproduzidas, em sua íntegra, as respostas de cada entrevistado, destacando-as para posterior classificação da(s) ideia(s) central(is) e ancoragem(ns). A fala de cada sujeito pode expressar mais de uma ECH, as quais, inclusive, podem evidenciar uma única ideia central ou ideias distintas.

Ideias Centrais (IC): descrevem, de maneira precisa, possíveis sentidos presentes nas ECH de cada manifestação verbal analisada. O pesquisador pode usar padrões investigativos diferentes durante a análise de uma expressão utilizada em cada IC, transcrevendo-a ao pé da letra ou criar um enunciado que melhor represente a IC identificada. Essa análise também é empregada para classificar ou categorizar a ECH, de modo a facilitar o processo de junção de IC similares no Instrumento de Análise do Discurso (IAD). Segundo LÈFEVRE; LÈFEVRE (2005, p.52), “as ideias centrais são descrições do sentido encontrado nas expressões-chave e não a interpretação” das mesmas.

Ancoragem (AC): de acordo com Brito (2021) a “manifestação linguística de uma ideologia, teoria ou crença genérica, em que o enunciador se apoia para enquadrar a situação específica investigada” pode representar uma Ancoragem. Partindo desse princípio, pode-se considerar que todo processo investigativo em um discurso baseado em teorias,

hipóteses e conceitos, apóia-se em uma ancoragem. Ressaltando que uma ECH só deve ser classificada como uma AC quando as marcas linguísticas expressarem claramente uma ideologia genérica, para que o pesquisador não corra o risco de classificar uma ECH como AC, equivocadamente.

5.7.2 Como coletar dados por meio de entrevistas

Para coletar dados por meio de entrevistas, o pesquisador deve partir de uma questão central e ter clareza dos objetivos que pretende atingir ou das hipóteses a serem testadas, atentando-se para o fato de que os dados coletados deverão passar por um processo de análise. Por esse motivo, deve estar atento em relação ao modo como a investigação será realizada e quais as técnicas serão adotadas no estudo. Outra questão fundamental que deve ser considerada é como manter o foco do estudo sem desviar do contexto da pesquisa. Para sanar essas dúvidas, é importante que seja elaborado um planejamento, um esquema das ações que serão desempenhadas durante a realização do trabalho acadêmico. Se a entrevista for a ferramenta utilizada para a coleta de dados, os autores do método sugerem caminhos a serem seguidos para a elaboração do roteiro, quanto à conduta do pesquisador na etapa de realização da entrevista, orientando-o a focar o estudo no sentido de resgatar as representações sociais.

Os autores, de forma bem objetiva, caracterizam os principais pontos a serem observados ao aplicarem o método DSC num processo investigativo:

- Definir claramente os objetivos da pesquisa e os critérios de escolha dos sujeitos a serem entrevistados;
- Elaborar um roteiro de questões, de acordo com os objetivos da pesquisa, de modo que as perguntas foquem na identificação do discurso, com respostas espontâneas, e em validar as perguntas com aplicação de testes;
- Preparar o público a ser entrevistado, por meio de uma apresentação clara dos objetivos da pesquisa, com vistas a obter a aprovação dos partícipes escolhidos para o estudo;
- Treinar os entrevistadores para conduzirem as atividades e as abordagens necessárias de acordo com o perfil do público a ser entrevistado;
- Definir o local e preparar os equipamentos necessários para a entrevista, de forma a minimizar interferências ambientais e problemas de ordem técnica, além de ressaltar a importância de preservar as identidades dos entrevistados;
- Primar para que a entrevista seja conduzida de modo informal, cuidando para que não haja interferência, de qualquer natureza, no processo investigativo.

Concluída a etapa de coleta de dados, o pesquisador poderá, por meio de gravação de voz, fazer a transcrição das informações obtidas. Para garantir a autenticidade em relação ao que foi dito pelo respondente, é importante observar as características das falas de cada entrevistado. Depois desse processo, é necessário que se faça uma leitura dos textos transcritos com a finalidade de tomar conhecimento do conjunto de dados elencados, porém, sem interpretá-los. O próximo passo é construir o DSC, a partir das transcrições, utilizando a ferramenta.

Para obter resultados relevantes, os autores do método sugerem que o uso da técnica DSC seja realizado de forma coletiva, ou seja, em dupla. Desse modo, os sujeitos envolvidos na investigação poderão promover discussões enriquecedoras em torno do objeto de estudo, as quais serão de grande valia no momento da análise dos discursos individuais para apuração das Expressões-Chave, das Ideias Centrais e da Ancoragem no processo de construção do DSC (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005, 2006b; MENDONÇA, 2007; BRITO, 2021).

5.7.3 Passo a passo para realizar o DSC

Para construir o DSC na prática, os autores do método dividiram em duas etapas o processo de análise: Instrumento de Análise do Discurso I (IAD I) e Instrumento de Análise do Discurso II (IAD II). Importante destacar que, nessa fase, os dados obtidos na investigação já devem estar disponíveis em formato de texto, condição indispensável para que o material seja enviado para a edição e destaques. Ressaltando que, caso a pesquisa contenha mais de uma questão a ser analisada, é necessário fazer o DSC para cada um dos tópicos. Do quadro 24 a 27 descreve-se todas as etapas realizadas na pesquisa qualitativa conforme técnica definida no DSC.

De posse do arquivo contendo os dados da questão, deve-se criar uma tabela que represente a estrutura do IAD I, divida em colunas onde serão descritos os elementos referentes ao Entrevistado, às Expressões-Chave (coluna 1), às Ideias Centrais (coluna 2) e às Ancoragens (coluna 3), conforme demonstra o Quadro 20:

Quadro 20 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD I

Instrumento de Análise de Discurso – IAD I			
Entrevistado (E)	Expressões-chave (E-Chs)	Ideias Centrais (Ics)	Ancoragem (AC)

Fonte: Elaborado e adaptado pelo autor

Em seguida, aplica-se o IAD I, nesta sequência:

- 1) Copia a resposta de cada entrevistado e a transpõe para a coluna Expressões-Chaves. Para realizar esta tarefa, é importante fazer uso de um identificador (código ou número) para cada respondente para que seja possível auditar o processo, caso necessário;
- 2) O próximo passo é copiar as respostas para o IAD I e proceder à análise do teor do texto com a finalidade de identificar e destacar as Expressões-Chaves encontradas;
- 3) Após a identificação das ECH presentes em todas as respostas das questões analisadas, a fase seguinte é detectar as Ideias Centrais e Ancoragens, se houver. Importante destacar que pode haver mais de uma ideia central na mesma ECH. Por isso, deve-se numerar sequencialmente as ideias de um mesmo enunciado;
- 4) O pesquisador vai criar uma legenda ou outro meio de agrupar as IC e AC, quando equivalentes ou complementares. O autor do método sugere usar letras (por exemplo: A, B, C...) ou cores para identificar essas semelhanças;
- 5) Feito o agrupamento das IC e AC equivalentes ou complementares, elabora-se uma Ideia Central (IC) que represente todas as frases com o mesmo sentido. Pode ser retirada do próprio texto uma sentença que traduza essa ideia central, uma síntese do pensamento comum ao grupo, ou formular uma expressão que sintetize as ideias presentes em todas as entrevistas analisadas, conforme Quadro 21 que engloba as AC e IC.

Quadro 21 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD III - AC

Instrumento de Análise de Discurso – IAD III
QUESTÃO (ancoragem)

Fonte: Elaborado e adaptado pelo autor

A segunda etapa representada no Instrumento de Análise do Discurso II (IAD II) é preenchida logo após o agrupamento das ideias centrais equivalentes, compilando-as em uma única IC ou ancoragens, conforme Quadro 22:

Quadro 22 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD III - IC

Instrumento de Análise de Discurso – IAD III
QUESTÃO (ideia central)

Fonte: Elaborado e adaptado pelo autor

Aqui, será criado um formulário de análise IAD II para cada uma das respostas a serem analisadas, onde serão elaborados, com precisão, os DSC, conforme o Quadro 23.

Quadro 23 – Instrumento de Análise de Discurso - IAD II

Instrumento de Análise de Discurso – IAD II		
Entrevistado (E)	Expressões-chave (E-Chs)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)

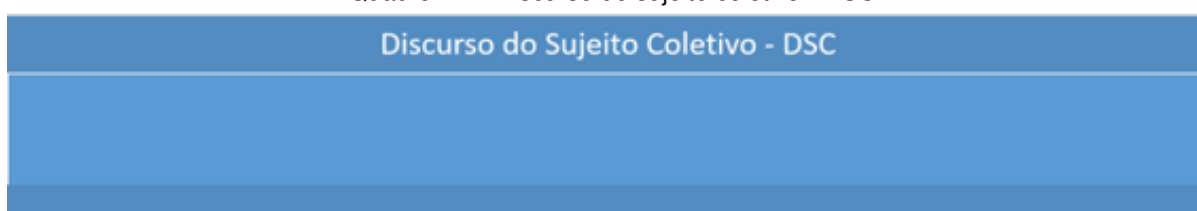
Fonte: Elaborado e adaptado pelo autor

Com os seguintes passos a seguir:

- 1) O autor do método sugere criar uma tabela com três colunas: código de cada Entrevistado (coluna 1); Expressões-Chaves (coluna 2) e DSC (coluna 3). Na coluna de Expressões-Chaves, deve-se incluir apenas a ECH destacada para a IC analisada naquele momento;
- 2) O segundo passo é construir o DSC a partir das informações contidas em cada grupo de ideias centrais, de acordo com o que for proposto pelo pesquisador, da seguinte forma: a) encadear as ECH, para que o DSC seja formulado como um discurso com início, meio e fim, conferindo um sentido lógico ao enunciado; b) fazer uso de conectivos para dar sentido e coesão ao discurso, de forma que seja mantido o significado do que foi dito pelo entrevistado. Exemplos de conectivos: então, assim, enfim, entretanto, todavia, logo, deste modo etc; c) caso alguma ECH evidencie característica particular do entrevistado, esta deve ser eliminada do discurso. Exemplos de traços pessoais que justifiquem a exclusão do enunciado gênero, idade, doença ou algum outro evento; d) também devem ser eliminadas as

ideias que se repetem, exceto quando apresentam sentidos diferentes, ainda que parecidos; e) deve-se transcrever literalmente o discurso do entrevistado, mesmo que contenha erros quanto ao uso da linguagem formal e gírias, estrangeirismos e outros, além de marcadores discursivos e interjeições, pois esses fatores fazem parte da essência da população estudada, identificam os sujeitos e o contexto onde vivem, conforme Quadro 24, a seguir. f) por fim, deve-se usar todo o material que foi selecionado no IAD I como referência para elaborar as Expressões-Chaves no DSC.

Quadro 24 – Discurso do sujeito coletivo - DSC



Fonte: Elaborado e adaptado pelo autor

Nas premissas que embasam o método, recomenda-se também, que se mantenha em todos os documentos nos quais serão apresentados os resultados da pesquisa, os códigos que apontam aos interlocutores que eles participaram e colaboraram, com seus discursos individuais, na construção do DSC. O motivo de tal recomendação é “rastrear” cada ECH, permitindo que se faça o caminho inverso, a partir do DSC, até os discursos iniciais obtidos pelo pesquisador, o que garante maior transparência do processo (LÈFEVRE; LÈFEVRE, 2005, 2006b; MENDONÇA, 2007; BRITO, 2021).

As etapas sugeridas pelo autor do método podem ser realizadas manualmente, isto é, independente do uso de softwares. É possível adotar esse caminho para analisar dados de uma pesquisa DSC. Contudo, especificamente para a obtenção de uma amostra ampla, o uso de software auxilia na análise dos dados qualitativos verbais.

5.7.4 Software DSCsoft

Essa pesquisa foi realizada com o auxílio de um software que usa de forma específica a técnica do DSC, denominado DSCsoft⁵ - antigo Qualiquantisoft - desenvolvido pelo Instituto

⁵

de Pesquisa do Discurso Coletivo (IPDSC). Essa ferramenta é utilizada para desenvolver pesquisas de métodos mistos, por meio da construção de um banco de dados com perguntas e respostas, classificando-as e categorizando-as para elaborar um DSC.

Nesse trabalho, as leituras foram feitas de modo distinto, considerando as informações de cada entrevistado, e refletem o DSC com base na interpretação dos dados qualitativa e quantitativamente, processo facilitado pelo auxílio de software, recurso que permite ao pesquisador conhecer e mensurar com segurança os procedimentos científicos, de forma espontânea, os pensamentos, representações, crenças e valores de uma coletividade, independente do tema em discussão. Entretanto, não é possível afirmar que a Ancoragem esteja presente em cada questionário/indivíduo analisado, tendo em vista o objeto de estudo da pesquisa.

No processo de análise, identificou-se as Expressões-Chaves de cada uma das respostas às perguntas constantes no instrumento: 09) Como as tecnologias de informação e comunicação contribuem para a realização do seu trabalho?; 10) Como se dá a comunicação estabelecida entre você e as famílias do seu território?; 11) Como você se comunica com a sua equipe?; 12) Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?; 13) Quais as principais fontes de informação?; e 14) Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?.

As entrevistas foram aplicadas com profissionais que atuam como Agentes Comunitários nas regiões Norte, Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Sudeste e no estado do Amazonas.

Nesse estudo, optou-se por não aprofundar em relação às Ancoragens, visto que as representações, crenças e/ou valores não foram questionados, uma vez que o foco era a compreensão do sujeito quanto à Desinformação, termo que centraliza a análise no processo de Comunicação e Informação.

Levando em consideração o objeto do presente estudo, as Categorias foram construídas com a finalidade de desvendar os objetivos específicos e definidas levando-se em conta o teor de cada pergunta. As legendas, identificadas por letras maiúsculas, indicam as categorias definidas para cada tópico.

6 Resultados e discussão

Esse capítulo destina-se à apresentação dos resultados e discussões dos conceitos, disciplinas e metodologias que embasam esta pesquisa científica, os quais dialogam entre si, inserindo as TIC's no contexto das técnicas e ações desenvolvidas pelos atores envolvidos no estudo - ACS e ACE - no intuito de promover incrementos que possam auxiliar esses profissionais no exercício de suas funções.

O diálogo que norteará esse trabalho acadêmico será construído em duas etapas.

Num primeiro momento, serão abordados os conceitos teóricos, a literatura contendo os preceitos que vão nortear o autor na defesa dos argumentos apresentados no estudo e na validação das evidências obtidas a partir da pesquisa sobre a ação comunicativa do ACSs e ACEs, com base em uma investigação sobre a desinformação no contexto da saúde coletiva. Nesta etapa também será exposto o objetivo geral deste estudo que é realizar um diagnóstico situacional (levantamento) da atuação dos agentes de saúde, abordar a realidade em que atuam, como são desenvolvidas, na prática, as atividades dos ACSs e dos ACEs, correlacionados-as aos seus perfis profissionais e ao cenário das comunidades por eles atendidas, levando em consideração que esses agentes estão dispersos por todo o território brasileiro.

Ainda com relação a essa primeira etapa do estudo, é importante ressaltar que serão destacados os resultados pormenorizados e os resultados das coletas de dados, via formulário eletrônico, que é parte integrante do levantamento de dados quantitativos. As entrevistas em profundidade serão a base para a elaboração e análise do Discurso do Sujeito Coletivo, na etapa qualitativa. Esses e outros elementos que se fizeram necessários para dar subsídio ao autor em relação à fundamentação de suas descobertas na etapa de levantamento de dados, serão aplicados no presente estudo.

A segunda etapa será destinada à elucidação de oito questões da pesquisa, as quais se referem aos objetivos específicos desse estudo, cujos enunciados têm a finalidade de investigar como é a prática cotidiana, a rotina de trabalho dos ACSs e ACEs.

Desse modo, será possível entender como se processam as modalidades práticas, formais e informais, dos agentes de saúde no Brasil, com base nos pressupostos da Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

Objetiva-se, com a realização desse estudo, obter um mapeamento das práticas e ações desses profissionais, com o intuito de compreender como acontece, atualmente, o processo de Comunicação e Informação no âmbito da saúde coletiva, especificamente em relação à atuação dos ACSs/ACEs nas localidades onde exercem as suas funções.

A partir do que for evidenciado no presente estudo, havendo a necessidade de suprir lacunas, déficits informacionais no âmbito da atuação dos atores envolvidos na investigação (ACSs e ACEs), serão envidados esforços no sentido de elaborar propostas de criação de cursos de qualificação e de especialização, exclusivos para esses profissionais que têm um

papel essencial no contexto da saúde coletiva do país.

6.1 Apresentação dos resultados Quantitativos

A primeira etapa desse estudo consistiu em uma análise estatística a nível nacional, envolvendo os dois atores sociais, que são os ACSs e ACEs, selecionados para participarem da pesquisa. Para avaliar o perfil demográfico, socioeconômico, profissional e educacional dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e dos Agentes de Combate às Endemias (ACE), foi necessário realizar uma investigação exploratória dos dados referentes a esses profissionais, por meio de um recorte, compilando as informações por blocos (vide Apêndice A), conforme a seguir:

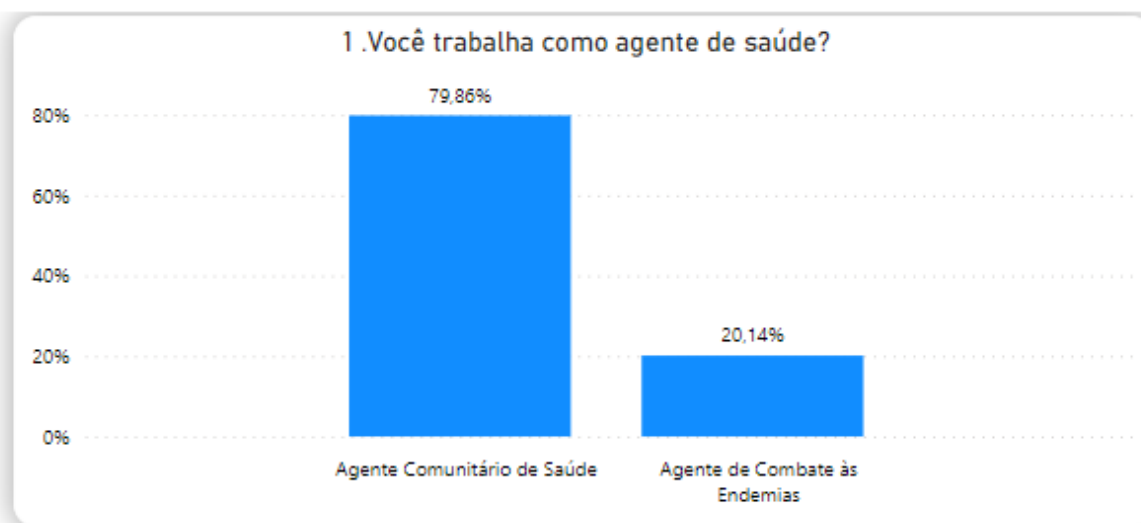
1. Identificação Pessoal; 2. Formação e Educação Profissional; 3. Trabalho, Salário e Renda; e 6. Informação, Comunicação e Educação em Saúde.

Os dados apresentados nesse levantamento foram extraídos da pesquisa-mãe, intitulada “Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil”. O recorte temporal dos dados coletados foi realizado em 31/10/2022. Os resultados obtidos na análise estatística serão apresentados em dois formatos: consolidados, com as informações coletadas em todo o Brasil, e em blocos, de modo geral, conforme a seguir:

O bloco 1 contém informações que podem ser usadas para identificar, contactar ou localizar uma única pessoa dentre os sujeitos envolvidos no estudo. Para os efeitos deste trabalho científico, é importante identificar e separar as categorias de agentes de saúde, classificando-os em Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Agente de Controle de Endemias (ACE).

A primeira pergunta constante no instrumento de levantamento de dados foi aplicada aos entrevistados com o objetivo de identificar quem, dentre eles, era ACS e quem era ACE.

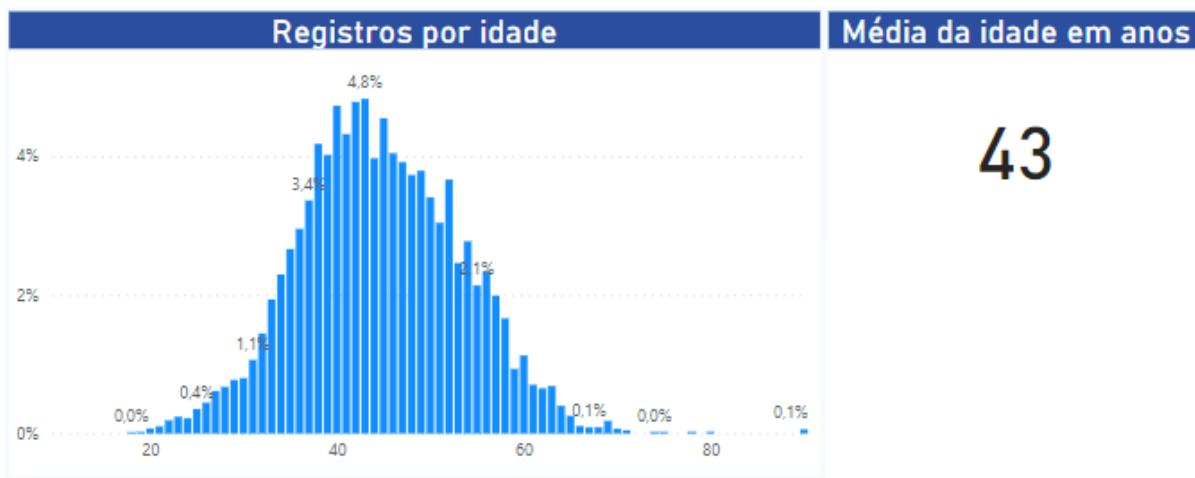
Gráfico 3 – Você trabalha como agente de saúde?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

De acordo com o Gráfico 3, os dados apontaram que 79,86% dos entrevistados são Agentes Comunitários de Saúde, enquanto 20,14% são Agentes de Combate às Endemias. Percebe-se que houve uma participação significativa dos ACSs em relação aos ACEs e essa diferença pode estar relacionada ao fato de os profissionais pertencentes à primeira categoria estarem, no período da realização do estudo, envolvidos com projetos de interesse da classe, em andamento no Congresso Nacional. Quanto ao ACE, segundo informações da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde – CONACS, esse profissional já conta com um melhor plano de remuneração em relação ao ACS. Para mudar os números desta investigação e equilibrar a equação, novas ações estão sendo empreendidas com o objetivo de sensibilizar e motivar os ACEs a responderem a pesquisa, cientificando-os de que, ao participarem do estudo, estarão colaborando para a implementação de melhorias que beneficiarão as duas categorias.

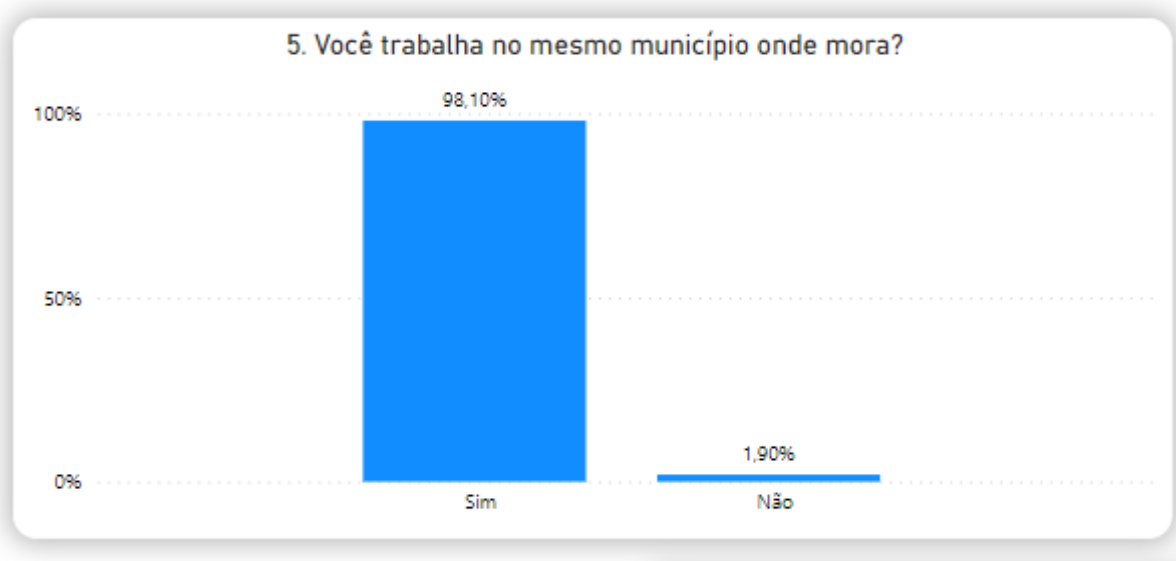
Gráfico 4 – Qual a sua idade?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

Com esta pergunta sobre a idade dos participantes da pesquisa, foi possível identificar que, no Gráfico 4, do total de respondentes, 4,8% têm, em média, 40 anos de idade, o que representa o maior percentual em uma única faixa. Contudo, aqueles que estão entre 40 e 50 anos correspondem ao maior número de respondentes da pesquisa, onde a idade média é de 43 anos, quando considerado o total geral. Quando observa-se a média de idade dos ACE's brasileiros respondentes ao questionário é de 40 anos. Enquanto para os ACS's entrevistados é de 43 anos.

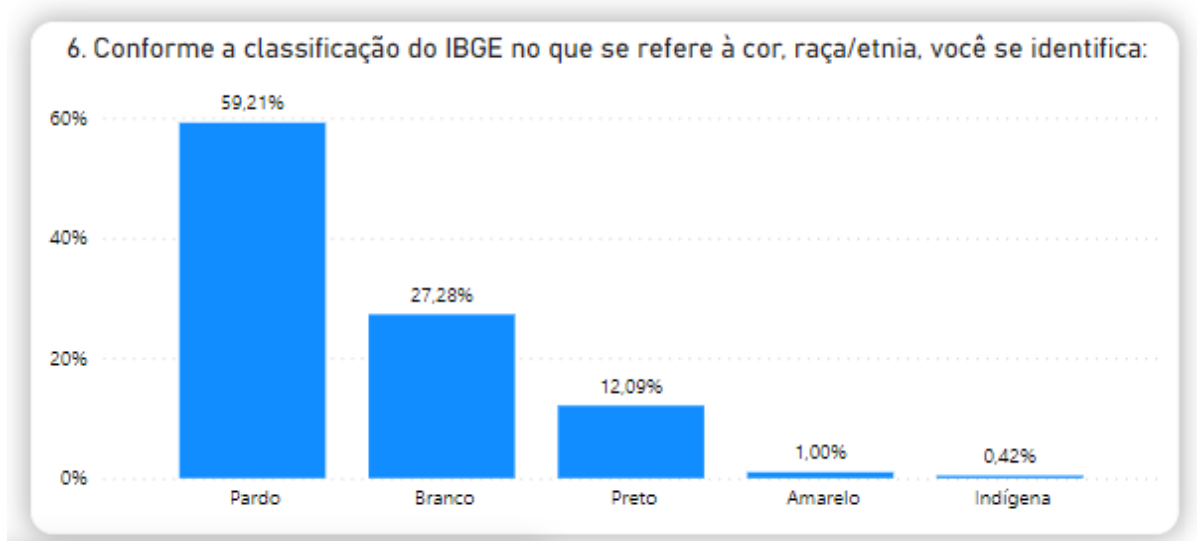
Gráfico 5 – Você trabalha no mesmo município onde mora?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

O Gráfico 5 geral, destaca que 98,10% dos agentes de saúde trabalham no mesmo município onde moram. Esse é um dos pré-requisitos para a seleção desses profissionais: atuar na mesma região de suas residências. Quando observa-se por perfil, um percentual 94% ACE's trabalham no mesmo município onde residem. Quanto ao ACS's, 99% trabalham no mesmo município onde residem. Olhando para os municípios que residem os ACS's e ACE's segundo a tipologia municipal rural-urbano proposta pelo IBGE (IBGE, 2017). Observa-se que que mais da metade, ou seja 55,1% dos ACE's entrevistados residem em municípios caracterizados como urbanos. No caso dos ACS's, 54% residem em municípios da tipologia 'Urbano'.

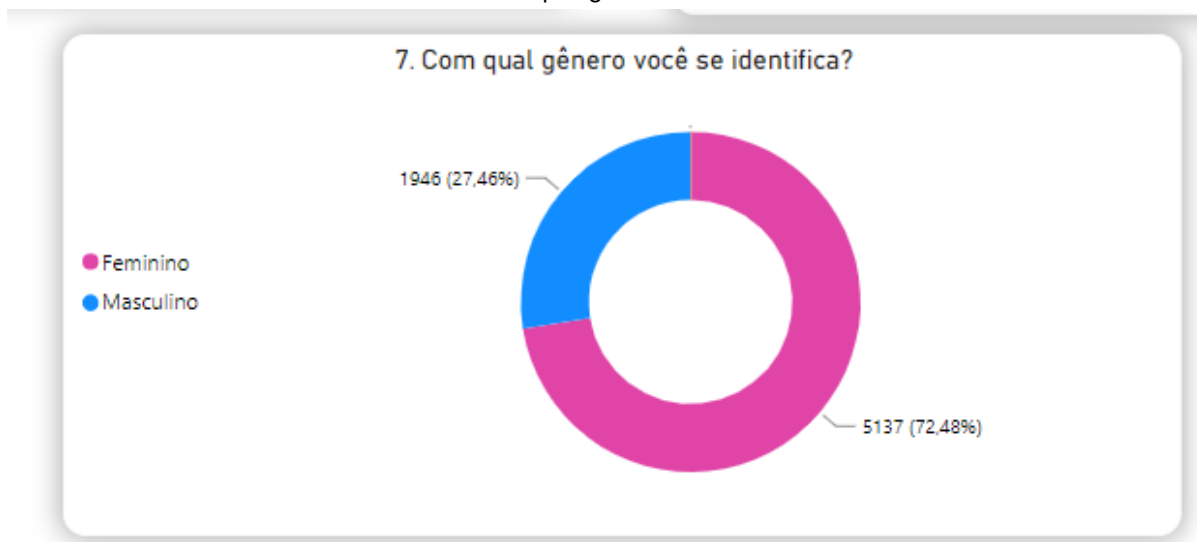
Gráfico 6 – Conforme a classificação do IBGE, no que se refere à cor, raça/etnia, você se identifica?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

Essa questão classifica, de acordo com os parâmetros definidos pelo IBGE, a cor, raça e etnia do respondente do questionário. A pesquisa identificou que 59,21% são da cor parda, 27,28% são brancos, 12,09% são pretos, 1,00% são amarelos e 0,42% são indígenas, respectivamente, de acordo com o Gráfico 6. Quando observa-se apenas os ACE's entrevistados, quase 57% se declaram como Pardos, conforme a classificação do IBGE. Quanto aos ACS's, quase 60% dos entrevistados se declaram como pardos, conforme a classificação do IBGE. Essas informações refletem o cenário do país onde a maior parte da população é composta por Pardos e Brancos

Gráfico 7 – Com qual gênero você se identifica?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil.

O Gráfico 7, cuja finalidade era identificar qual o gênero dos entrevistados, 72,48% disseram pertencer ao sexo feminino e 27,46% ao masculino. Quando observa-se os ACE'S entrevistados 55% se identificam com o gênero masculino. Quanto aos ACS's, 79% se identificam com o gênero feminino. Nesse caso dos ACS's, é evidente a participação da mulher, a relevância da atuação feminina nessa profissão. O ingresso das mulheres na profissão de agentes de saúde se deu com a implementação da primeira política de saúde envolvendo trabalhadores das regiões Norte e Nordeste do Brasil. O Ceará, em 1987, foi o estado que recebeu a primeira frente de trabalho que tinha por objetivo criar emprego para as mulheres residentes nas regiões secas e colaborar para a redução da mortalidade materno-infantil (Tomáz, 2002; Morosini, 2010).

O bloco 2 apresenta o contexto da formação acadêmica e educação profissional dos ACEs e ACSs. A primeira questão identificou a escolaridade, conforme demonstra o Gráfico 8, além de fazer um mapeamento em termos de treinamento e atualização profissional, no tocante ao quesito de satisfação quanto ao resultado.

Gráfico 8 – Qual é a sua escolaridade?



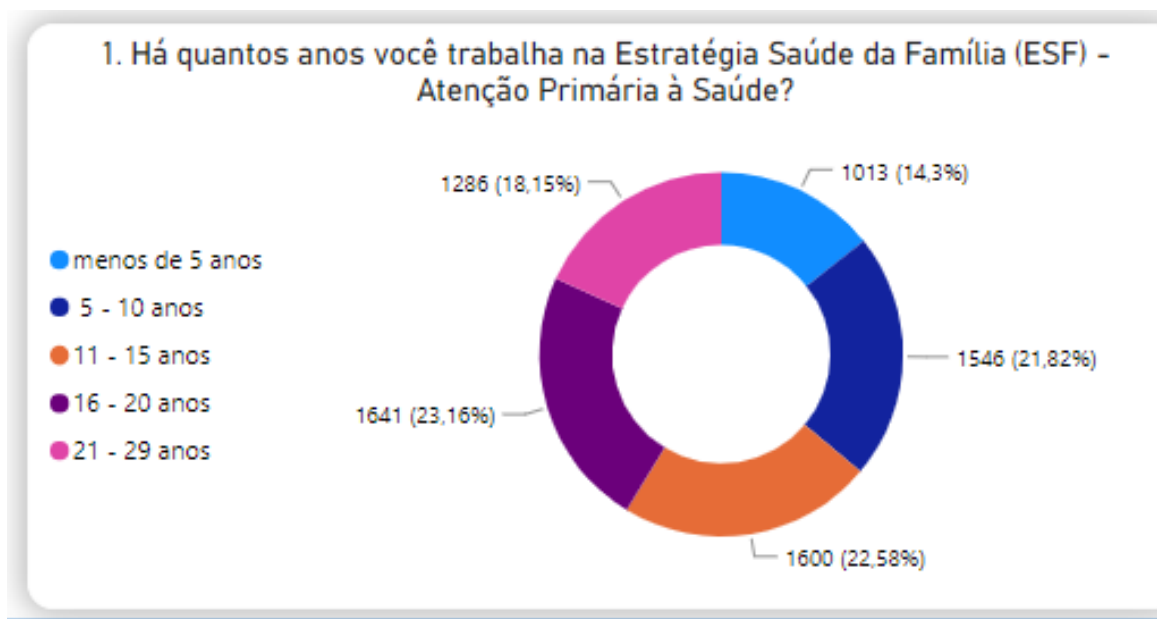
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 8, o nível de escolaridade dos entrevistados foi predominante para aqueles que possuem nível médio completo com 31,2% desses, seguidos do ensino superior completo com cerca de 29,2%. Observa-se que o nível de escolaridade dos ACS's entrevistados é de quase 32% para o nível médio completo, seguidos de quase 29% para o ensino superior completo. Quanto ao nível de escolaridade dos ACE's entrevistados, quase 31% possuem nível médio completo e ensino superior completo, respectivamente.

O bloco 3 apresenta as informações sobre o tempo de trabalho, equipe, vínculo, jornada, renda e condições de trabalho dos ACSs e ACEs.

A primeira questão desse bloco, que trata de trabalho, salário e renda, teve o objetivo de identificar há quanto tempo os ACSs e ACEs envolvidos no estudo trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Atenção Primária à Saúde.

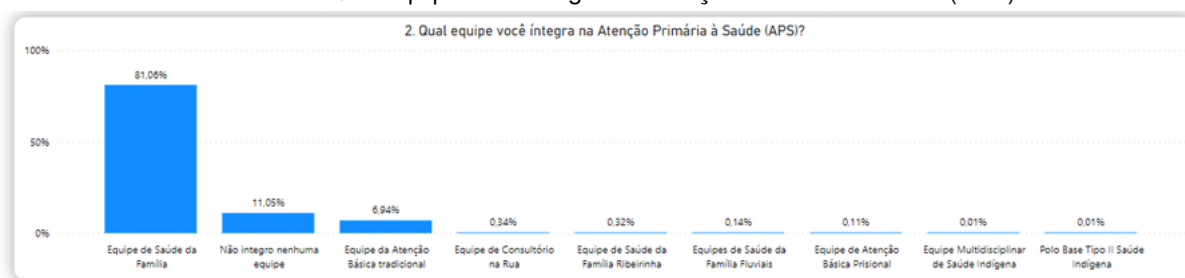
Gráfico 9 – Há quantos anos você trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF) – Atenção Primária à Saúde?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Os resultados demonstraram no Gráfico 9 que 14,3% dos agentes têm menos de 5 anos de trabalho nesta função. Um total de 21,82% dos respondentes têm entre 5 e 10 anos de atuação na área. Já 22,58% têm entre 11 e 15 anos de profissão. Outros 23,16% têm entre 16 e 20 anos de carreira e 18,15% têm entre 21 a 29 anos de trabalho como agentes de saúde. O maior percentual desses profissionais concentra-se entre os que têm de 16 a 20 anos de atuação na função, o que corresponde a 23,16% do total dos respondentes. Quando observa-se apenas os ACE's, quase 29% trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) /Atenção Primária à Saúde no período correspondente de 5 a 10 anos. No caso dos ACS's, quase 25% entrevistados trabalham na Estratégia Saúde da Família (ESF) - Atenção Primária à Saúde no no período correspondente de 16 a 20 anos.

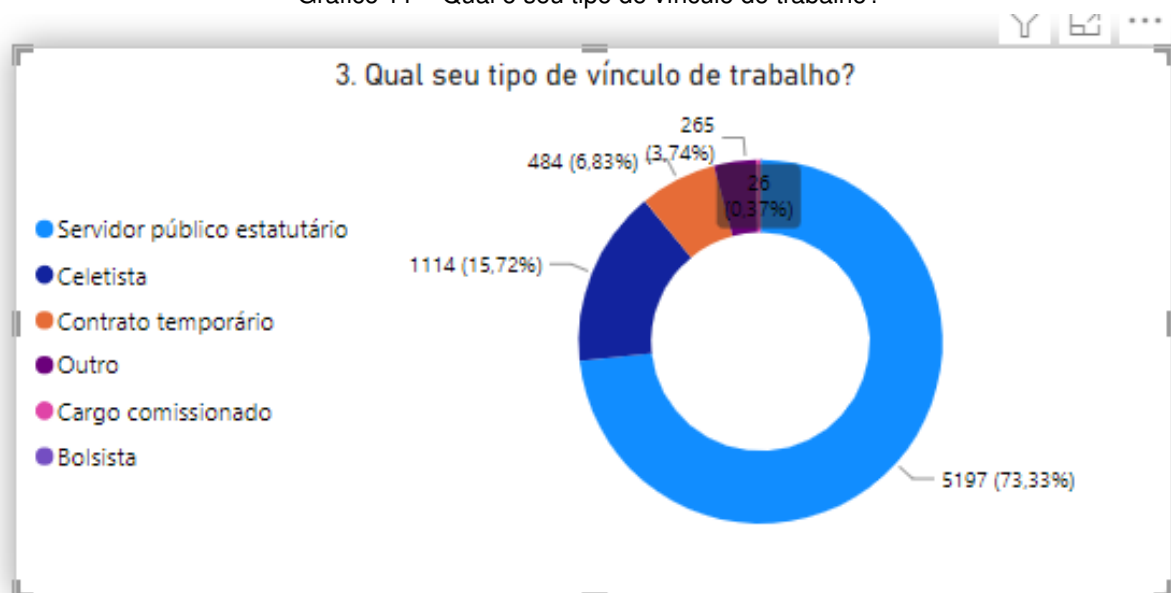
Gráfico 10 – Qual equipe você integra na Atenção Primária à Saúde (APS)?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Esta questão teve a finalidade de responder a qual equipe o ACS e ACE integra na Atenção Primária à Saúde (APS). De acordo com o Gráfico 10 o resultado apontou que 81,06% estão alocados na Equipe de Saúde da Família (ESF); 11,05% não integram nenhuma equipe; 6,94% pertencem à equipe de Atenção Básica tradicional. Observa-se que dos ACS's entrevistados, quase 93% integram a Equipe de Saúde da Família (ESF). Quanto aos ACE's entrevistados, quase 52% não integram nenhuma equipe. Já os que fazem parte da Equipe de Saúde da Família correspondem apenas 34%, e os que fazem parte da Equipe da Atenção Básica tradicional são quase 12%.

Gráfico 11 – Qual o seu tipo de vínculo de trabalho?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 11, do total de respondentes, 73,33% têm vínculo de Servidor Público Estatutário; 15,72% são celetistas; 3,74% são Contrato Temporário e 0,7% pertencem a outros vínculos. Em relação a essa questão, ressalta-se a importância de apresentar um embasamento jurídico que disponha sobre a contratação desses profissionais. Quando observa-se apenas os ACS's, quase 74% afirmam ter vínculo empregatício como servidor público estatutário. No caso dos ACE's, quase 73% responderam que seu vínculo de trabalho é Servidor Público Estatutário.

A Lei nº 11.350, de 05 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006), que regulamenta o § 5º do art. 198 da CF/88, o qual foi introduzido pela EC nº 51/2006 e obteve nova redação dada pela EC nº 63, de 04 de fevereiro de 2010, dispendo sobre as atividades e forma de contratação de ACS's e ACE's, dentre outras providências, regulamenta estas profissões.

O art. 9º da supracitada lei determinou que:

“Art. 9 o A contratação de Agentes Comunitários de Saúde e de Agentes de Combate às Endemias deverá ser precedida de processo seletivo público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade de suas atribuições e requisitos específicos para o exercício das atividades, que atenda aos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência”.

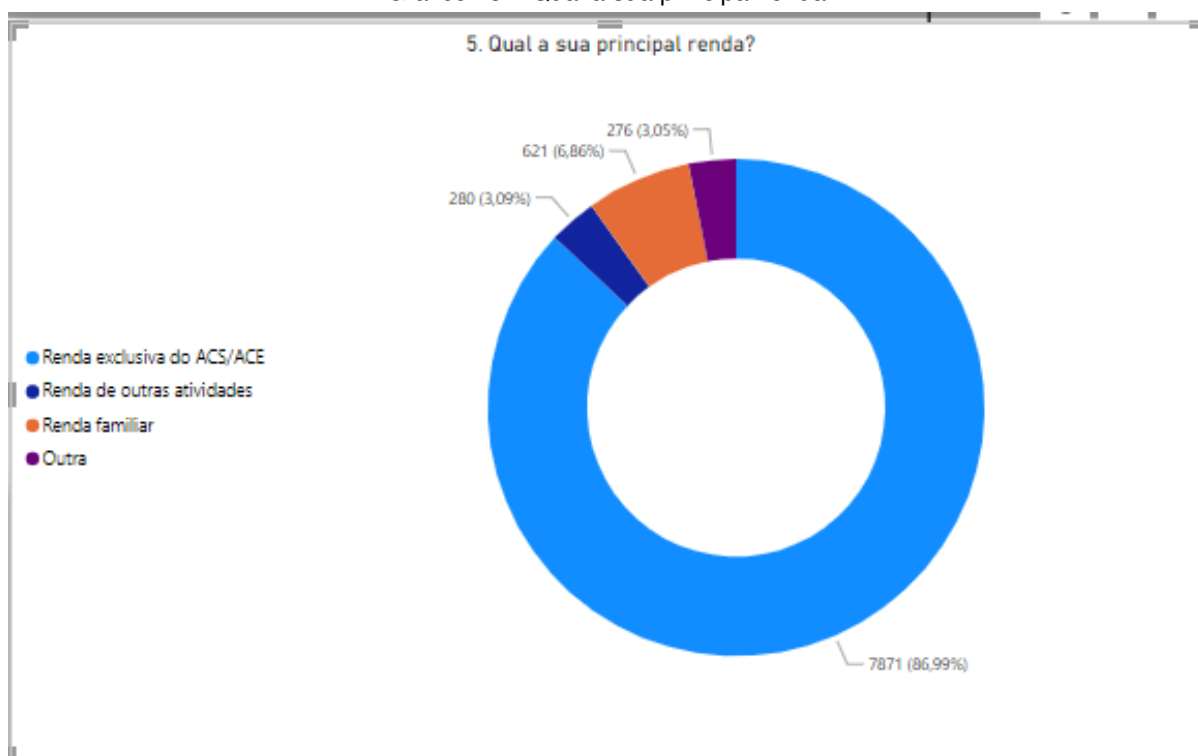
Gráfico 12 – Qual a sua jornada de trabalho como ACS ou ACE?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Em resposta à pergunta número quatro, de acordo com o Gráfico 12, 93,86% dos respondentes declararam que sua jornada de trabalho como ACS ou ACE é de 40 horas semanais. Entretanto, quando observa-se apenas os ACS's entrevistados, 94% afirmam ter carga horária de trabalho de 40 horas semanais. Já os ACE's, 93% apontaram que têm jornada de trabalho de 40 horas semanais.

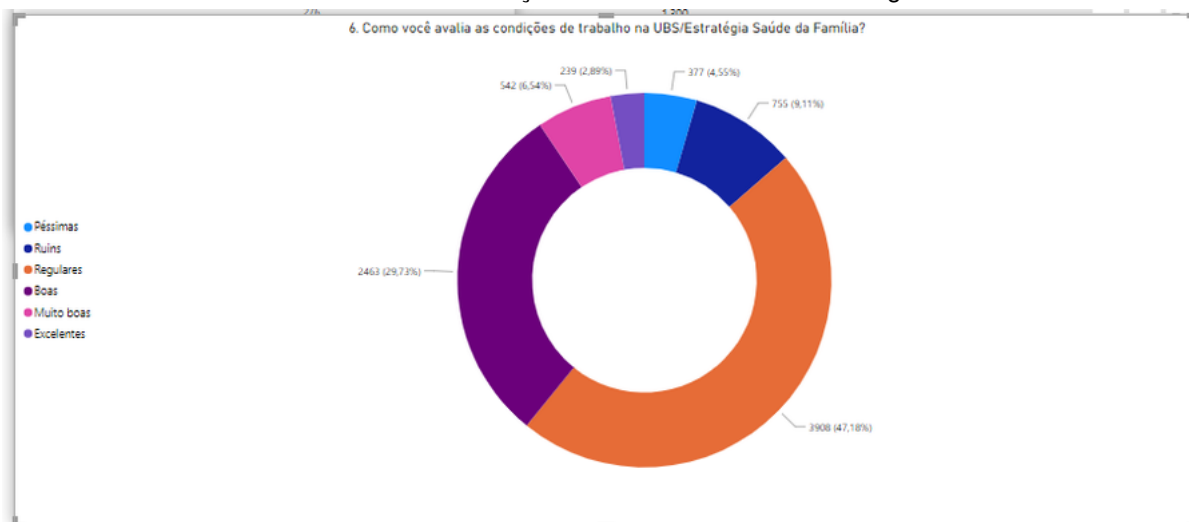
Gráfico 13 – Qual a sua principal renda?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 13, 86,99% dos agentes envolvidos no estudo informaram que suas fontes de renda são exclusivas da atuação como ACS/ACE e, 6,86% têm esta remuneração como complemento de renda familiar; 3,05% têm outra renda; 3,09% têm renda de outras atividades. Quando observa-se ACS's entrevistados, 87% afirmam ter apenas essa renda. Quanto aos ACE's, 89% apresentam Renda Exclusiva como agente.

Gráfico 14 – Como você avalia as condições de trabalho na UBS/Estratégia Saúde da Família?



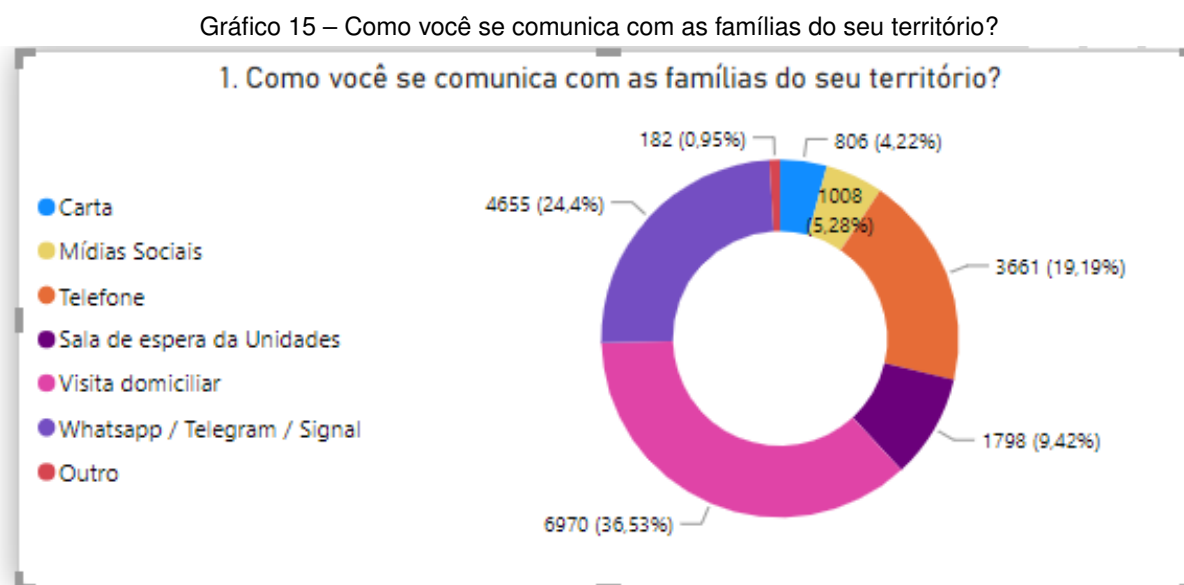
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

No Gráfico 14, sobre a avaliação das condições de trabalho na UBS/Estratégia Saúde da Família, 4,55% dos participantes declararam serem péssimas; 9,11% como ruim; 47,18% como regulares, enquanto 29,73% responderam que são boas. Apenas 6,54% consideram muito boas e 2,89% excelentes. Desse total, quase 60,74% dos entrevistados se declararam insatisfeitos com as condições de trabalho, enquanto 39,16% disseram estar satisfeitos com suas condições de trabalho. Entretanto, quando observa-se os ACS's entrevistados, 47% avaliam as condições de trabalho na UBS/Estratégia Saúde da Família como regulares. Quanto aos ACE's entrevistados, 46% avaliam as condições de trabalho na UBS/Estratégia Saúde da Família como "Regulares", seguido da resposta "Boa" com 30%.

O bloco 6 , traz a contextualização do momento atual dos agentes de saúde em relação à Informação, Comunicação e Educação em Saúde, onde se identificou como os ACSs e ACEs se comunicam com as famílias dos seus territórios de atuação, em relação às principais mídias e fontes de informação utilizadas em suas atividades profissionais.

Por estarem envolvidos diariamente com a comunidade e expostos a todos os tipos de informações, os ACSs e ACEs são os protagonistas do estudo que embasa esta pesquisa que tem por finalidade retratar a realidade desses profissionais, investigar como eles reagem nos ambientes onde atuam, ao se depararem com informações sobre saúde. Diante de falsas informações, busca-se respostas para questões como esta: Qual a atitude desses agentes, o quanto esse tipo de notícia impacta as suas atividades? Outro objetivo desse estudo é investigar quais são as principais habilidades e conhecimentos dos ACEs e ACSs, além de fazer um levantamento dos equipamentos que utilizam em seu cotidiano e das necessidades materiais, do que consideram essencial para a melhoria de suas condições de

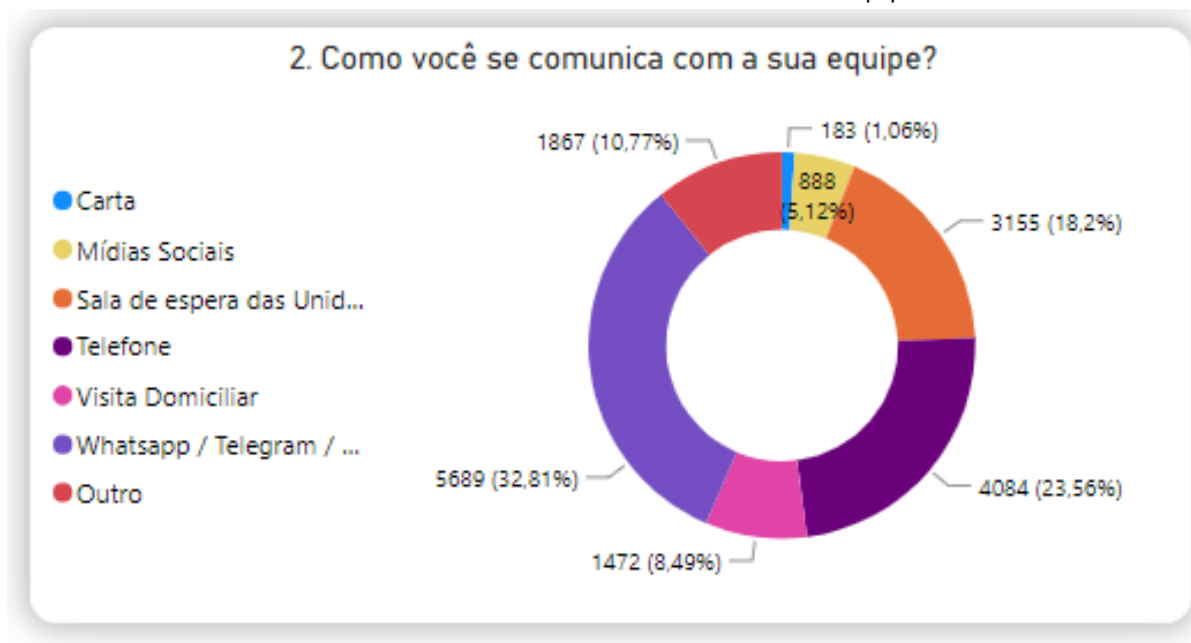
trabalho. Nesse sentido, a primeira questão que compõe esse bloco, conforme demonstra o Gráfico 15, é “Como você se comunica com as famílias do seu território?”



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 15, 36,53% dos respondentes concordaram que a visita domiciliar é a forma mais eficaz de se comunicarem com as famílias do seu território, enquanto 24,4% disseram que o WhatsApp e o Telegram são os meios mais eficientes de estabelecerem contato com a população por eles atendida. Outros 19,19% concordaram que o telefone é a melhor forma de contato com as pessoas da localidade onde exercem o seu trabalho. Porém, quando observa-se os ACS's entrevistados, 33% afirmam utilizar para se comunicar com as famílias de seu território é a visita domiciliar. Seguidos de aproximadamente 26%, redes sociais (Whatsapp/Telegram/Signal) e telefone com 20%. Quanto aos ACE's, 65% dos entrevistados afirmam que utiliza a visita domiciliar para se comunicar com as famílias de seu território. Seguidos de aproximadamente de 13% de “Whatsapp/Telegram/Signal” e telefone com 10,3%.

Gráfico 16 – Como você se comunica com a sua equipe?

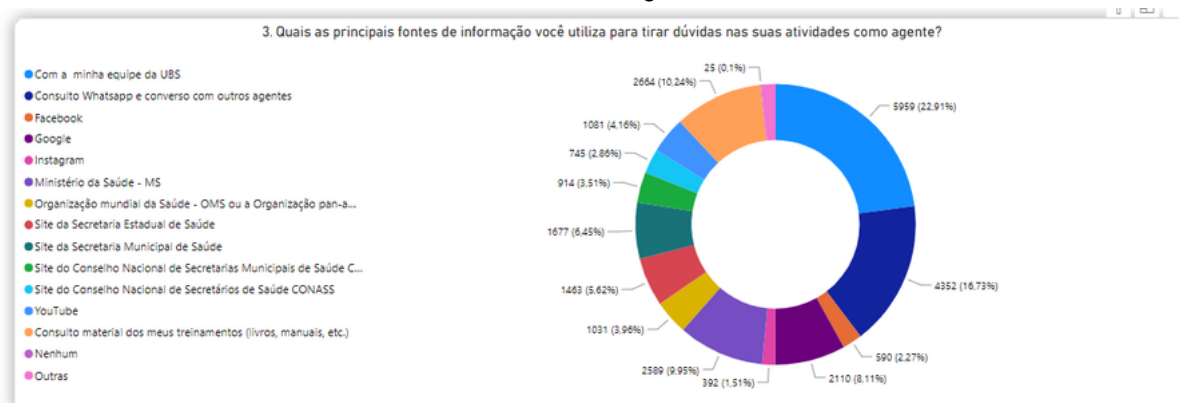


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Conforme o Gráfico 16, no que se refere à comunicação com a equipe, 32,81% dos entrevistados declararam que usam o Whatsapp/Telegram; 23,55% utilizam o telefone; 18,2% usam a sala de espera das Unidades de Saúde; 10,77% outros meios; 8,49% utilizam a visita domiciliar; 5,12% se comunicam pelas Mídias Sociais e 1,06% por meio de cartas. Observa-se que os ACS's afirmam utilizar para se comunicar com a sua equipe é as redes sociais (Whatsapp/Telegram/Signal), com aproximadamente 33% destes. Seguido telefone e sala de espera das unidades com 23% e 18% respectivamente. Quanto aos ACE's, 33% dos entrevistados afirmaram utilizar para se comunicar com a sua equipe é as redes sociais (Whatsapp/Telegram/Signal), seguido de aproximadamente de 22% de telefone. "Telefone" e de 17% na sala de espera das Unidades.

Para sanar dúvidas em relação às suas atividades como agente de saúde, quais as principais fontes de informação consultadas por você?

Gráfico 17 – Quais as principais fontes de informação você utiliza para tirar dúvidas nas suas atividades como agente?

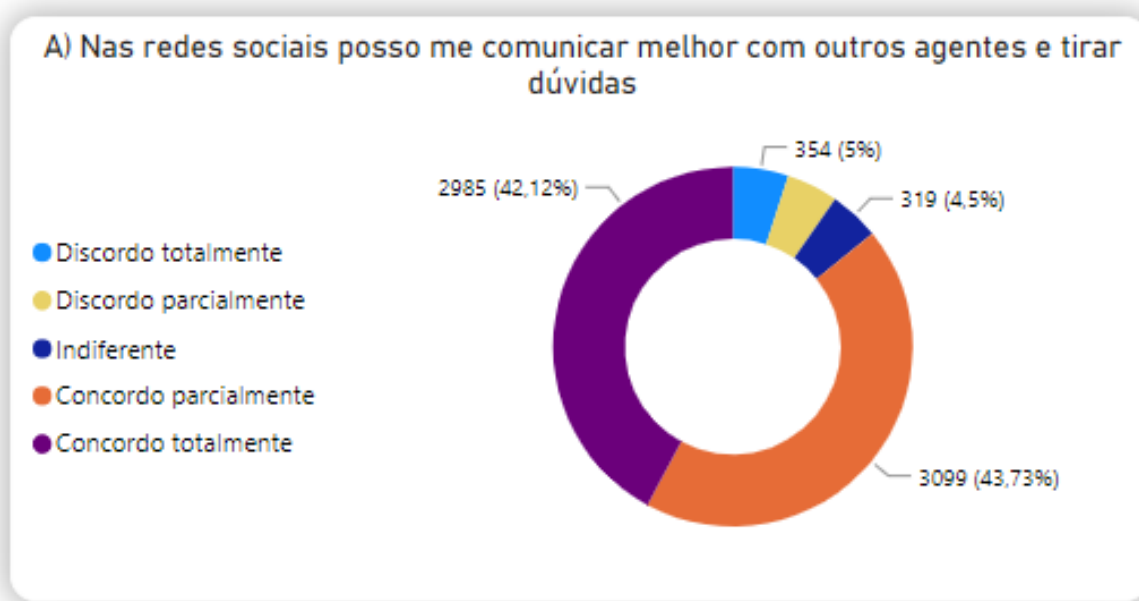


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

No que se refere às fontes de informação, de acordo com o Gráfico 17, a própria equipe (22,91%) 16,73% dos entrevistados declararam que usam o Whatsapp/Telegram; 10,24% consultam seus materiais de treinamentos e 9,95% o Ministério da Saúde, e 8,11% o Google. 10,24%. Nessa questão observa-se que os ACS's, aproximadamente 25% utilizam a própria equipe como fontes de informação para tirar dúvidas nas suas atividades como agente. Seguido do Whatsapp e consulta material de treinamento e livros, respectivamente 17% e 10%. Quanto aos ACE's, 16% utilizam Whatsapp e conversam com outros agentes como fonte de informação para tirar dúvidas nas suas atividades. Seguidos de aproximadamente de 13% com a própria equipe e a consulta ao material dos seus treinamentos, respectivamente.

Na questão - Como as mídias sociais auxiliam na sua atividade cotidiana como agente de saúde?

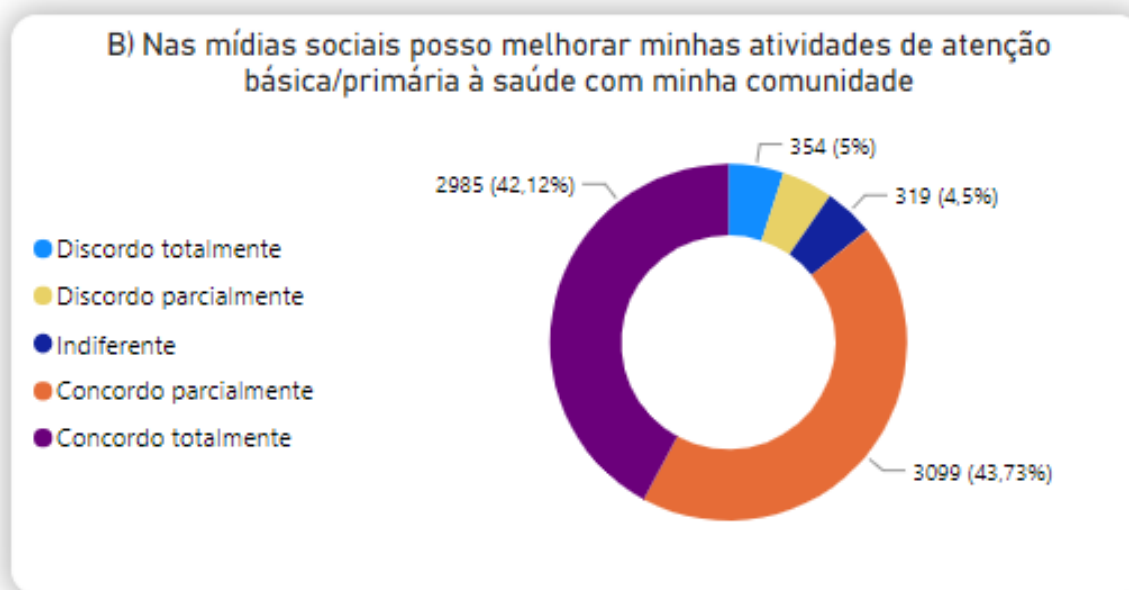
Gráfico 18 – Nas redes sociais posso me comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

No total, 85,85% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente que as redes sociais são os meios mais eficazes de se comunicarem com outros agentes e de sanarem suas dúvidas, de acordo com o Gráfico 18. Observa-se que os ACS's, aproximadamente 42% concordam totalmente e quase 44% concordam parcialmente sobre os benefícios das redes sociais como meio de comunicação com outros agentes. Quanto aos ACE's, aproximadamente 42% concordam totalmente e 44% concordam parcialmente sobre os benefícios das redes sociais como meio de comunicação com outros agentes.

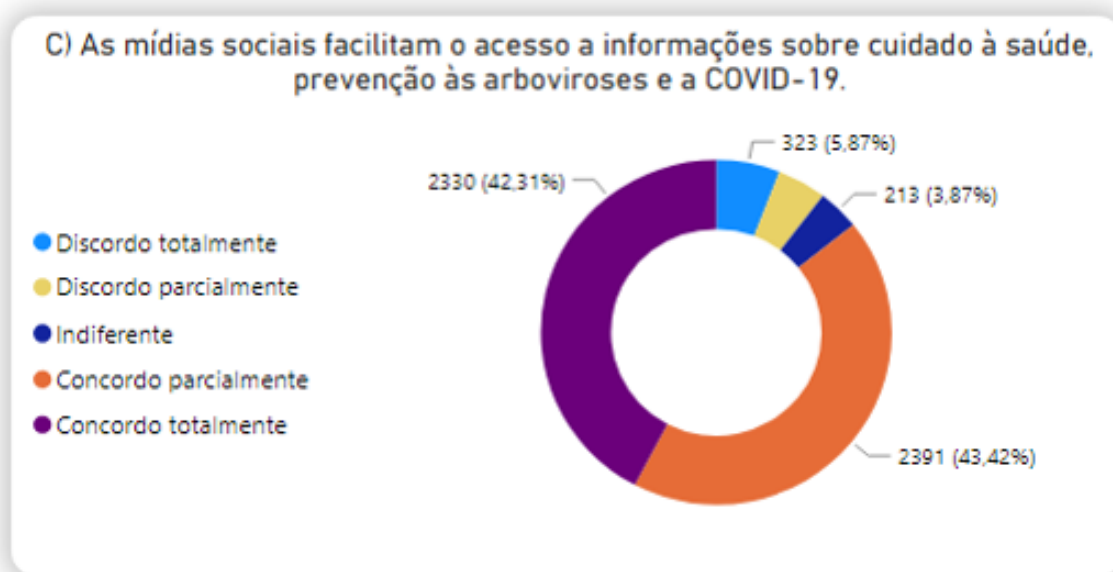
Gráfico 19 – Nas mídias sociais posso melhorar as atividades de atenção básica/primária à saúde que realizo junto à minha comunidade.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 19, no total, 85,85% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente que as redes sociais são os meios mais eficazes de se comunicarem com outros agentes e de sanarem suas dúvidas. Observa-se que os ACS's, 42,2% concordam totalmente e 43,6% concordam parcialmente que as mídias sociais podem melhorar as atividades de atenção básica/primária à saúde que realiza junto à comunidade. Quanto aos ACE's, 41,5% concordam totalmente e 44,2% concordam parcialmente que as mídias sociais podem melhorar as atividades de atenção básica/primária à saúde que realiza junto à comunidade.

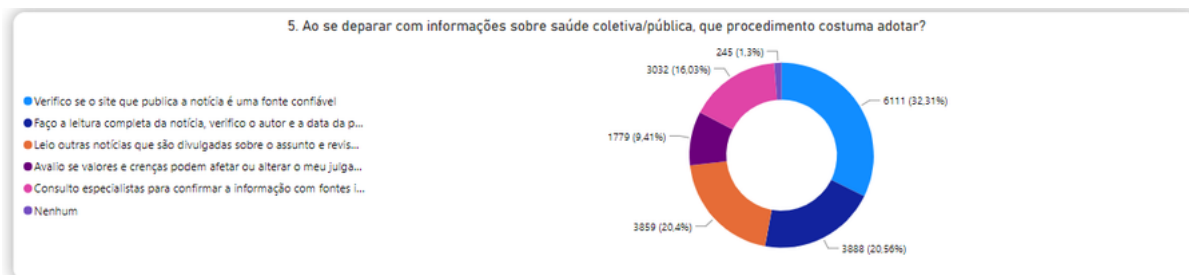
Gráfico 20 – As mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidados com a saúde, prevenção às arboviroses e à COVID-19.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

No total 85,85% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente que as mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidados com a saúde, prevenção às arboviroses e à COVID-19, de acordo com o Gráfico 20. No caso dos ACS's, 42,2% concordam totalmente e 43,5% concordam parcialmente que as mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidados com a saúde, prevenção às arboviroses e à COVID-19. Quanto aos ACE's, 41,5% concordam totalmente e 44,2% concordam parcialmente que as mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidados com a saúde, prevenção às arboviroses e à COVID-19.

Gráfico 21 – Ao se deparar com informações sobre saúde coletiva/pública, que procedimento costuma adotar?



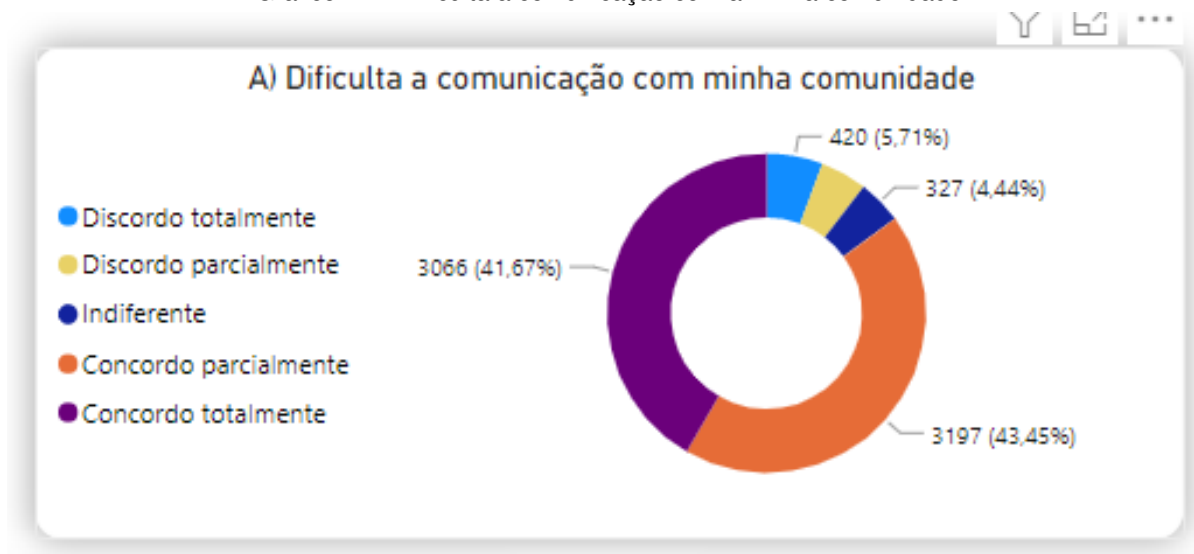
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Quando questionados em relação à atitude que adotam “ao se depararem com

informações sobre saúde coletiva/pública, que procedimento costumam adotar”, de acordo com o Gráfico 21, 32,31% dos entrevistados afirmaram verificar se o site de onde procede a notícia é uma fonte confiável, 20,56% disseram que fazem a leitura completa do texto e 20,4% informaram que checam a veracidade do conteúdo por meio de outras notícias que são divulgadas sobre o assunto. Observa-se que 32% dos ACS's responderam que verificam se o site que publica a notícia é uma fonte confiável. Seguidos de aproximadamente 21% dos ACS's entrevistados que fazem a leitura completa da notícia e que checam a veracidade do conteúdo por meio de outras notícias que são divulgadas sobre o assunto. Quanto aos ACE's que foram questionados sobre o tema, aproximadamente 34% afirmaram verificar se o site que publica a notícia é uma fonte confiável, seguido de 20,9% que afirmaram fazerem a leitura completa da notícia, e verificam o autor e data da publicação.

De acordo com a questão - Qual o impacto de uma informação falsa (fake news) na sua atividade como agente de saúde?

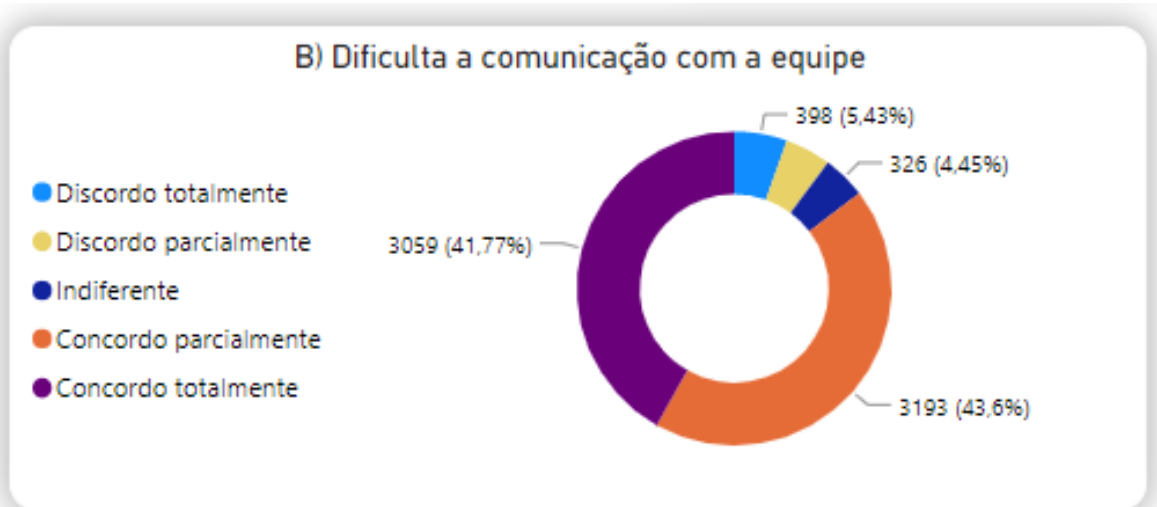
Gráfico 22 – Dificulta a comunicação com a minha comunidade.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Em média, 85,12% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a comunidade, de acordo com o Gráfico 22. No caso dos ACS's, 41,8% concordam totalmente e 43,2% concordam parcialmente que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a comunidade. Quanto aos ACE's, 41,1% concordam totalmente e 44,4% concordam parcialmente que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a comunidade.

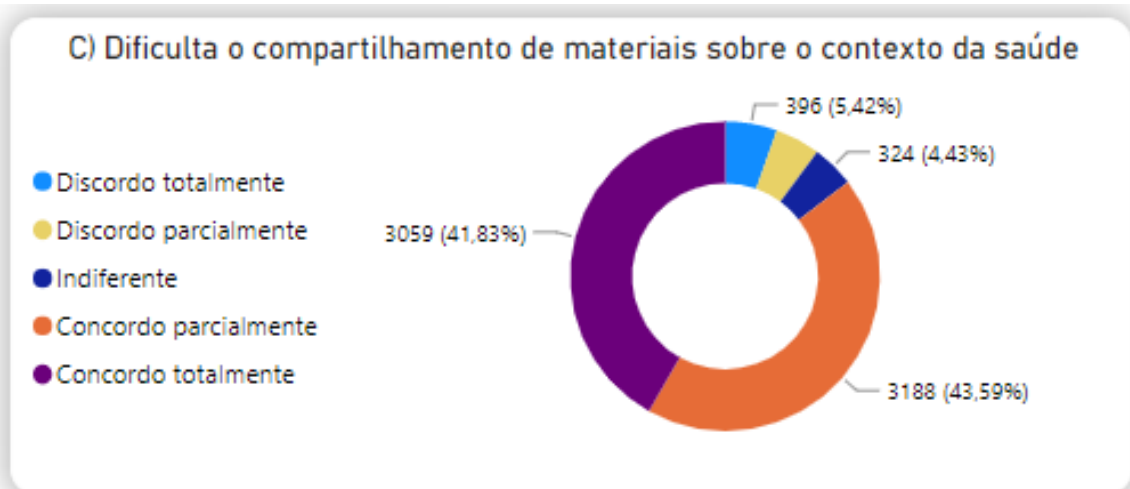
Gráfico 23 – Dificulta a comunicação com a equipe



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Em média, 85,12% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a equipe, de acordo com o Gráfico 23. No caso dos ACS's, 41,9% concordam totalmente e 43,3% concordam parcialmente que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a equipe. Quanto aos ACE's, 41,1% concordam totalmente e 44,5% concordam parcialmente que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a equipe.

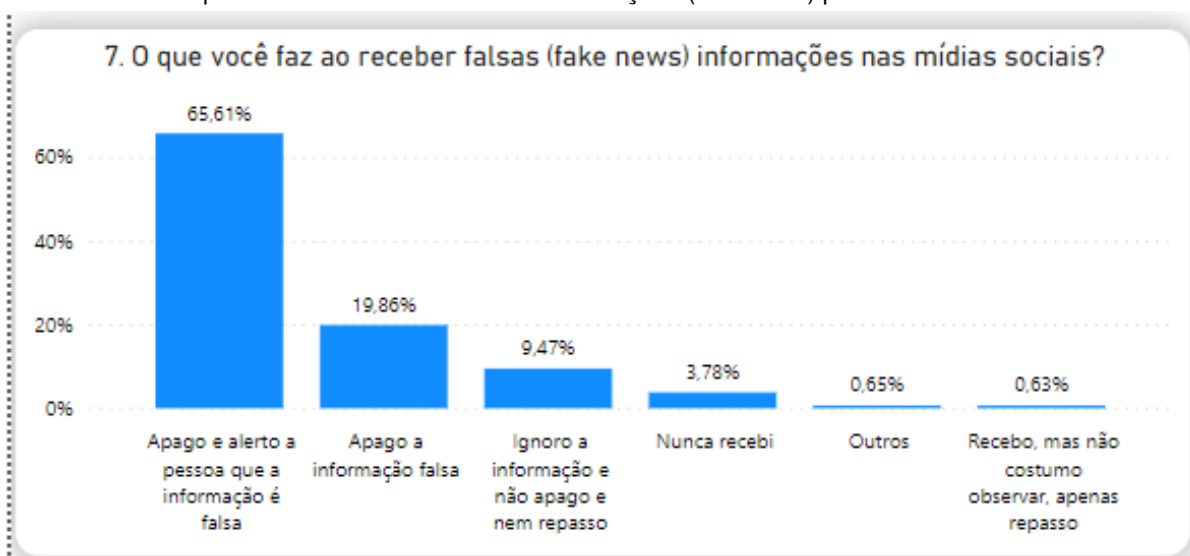
Gráfico 24 – Dificulta o compartilhamento de conteúdos sobre o contexto da saúde



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 24, em média, 85,12% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente que uma informação falsa dificulta o compartilhamento de materiais sobre contexto da saúde. No caso dos ACS's, 42% concordam totalmente e 43,3% concordam parcialmente que uma informação falsa dificulta o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde. Quanto aos ACE's, 41,1% concordam totalmente e 44,5% concordam parcialmente que uma informação falsa dificulta o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde.

Gráfico 25 – O que você faz ao receber falsas informações (fake news) provenientes das mídias sociais?



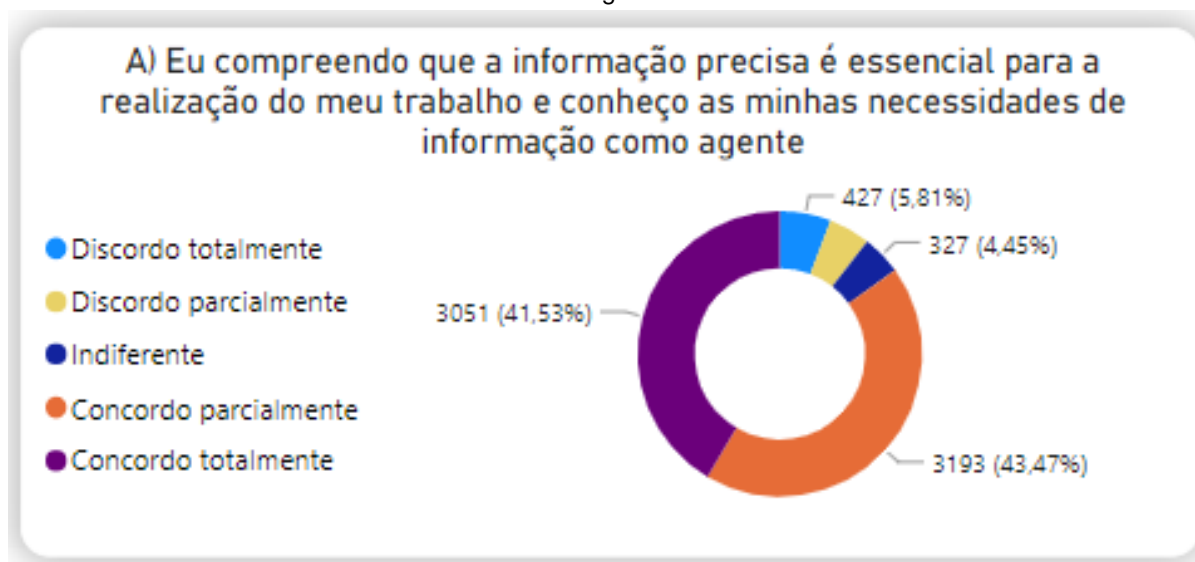
Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Do total dos entrevistados, de acordo com o Gráfico 25, 65,61% afirmaram que apagam a mensagem e alertam a pessoa que enviou informações falsas provenientes das redes sociais, informando-a de que tal notícia é falsa. Aproximadamente 20% afirmaram “Apago a informação falsa” e 9,47% marcaram “Ignoro a informação e não apago e nem repasso”. Em torno de 3,78% marcaram a assertiva “Nunca recebi” falsas informações. Observa-se que 65,66% dos ACS's entrevistados afirmam apagar e alertar a pessoa, que enviou informações falsas nas redes sociais, que tal informação é falsa. Quanto aos ACE's entrevistados, aproximadamente 66% afirmaram apagar e alertar a pessoa, que a enviou informações falsas nas redes sociais, que tal informação é falsa.

Os agentes foram solicitados para que, entre as quatro afirmações a seguir, marque as que retratam suas principais habilidades e conhecimentos como agente de saúde. A primeira delas representada no Gráfico 26. Eu compreendo que a informação precisa é

essencial para a realização do meu trabalho e reconheço a necessidade de estar sempre atualizado para exercer com segurança a função de agente de saúde.

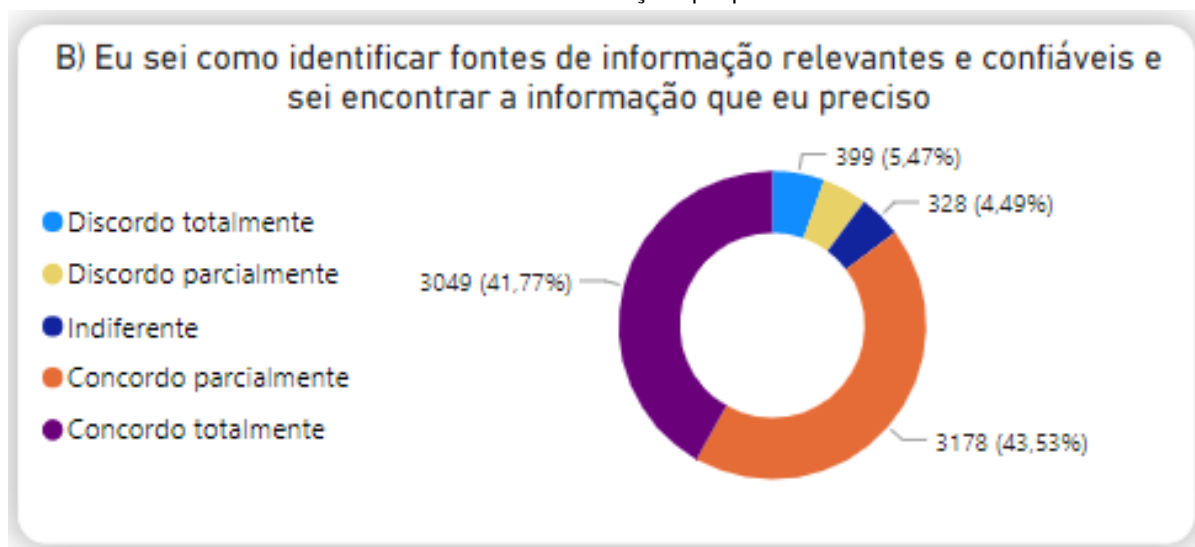
Gráfico 26 – Eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do meu trabalho e reconheço a necessidade de estar sempre atualizado para exercer com segurança a função de agente de saúde.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 26, 85% dos entrevistados concordam parcial ou totalmente com as afirmações, compreendem que o desempenho de suas principais habilidades requer conhecimentos em relação às suas profissões e que a informação precisa é essencial para a realização do seu trabalho. Observa-se que 41,66% dos ACS's concordam totalmente e 43,2% concordam parcialmente que compreendem que o desempenho de suas principais habilidades requer conhecimentos em relação às suas profissões e que a informação precisa é essencial para a realização do seu trabalho. Quanto aos ACE's, 40,9% concordam totalmente e 44,3% concordam parcialmente que compreendem que o desempenho de suas principais habilidades requer conhecimentos em relação às suas profissões e que a informação precisa é essencial para a realização do seu trabalho e conhece suas necessidades de informação.

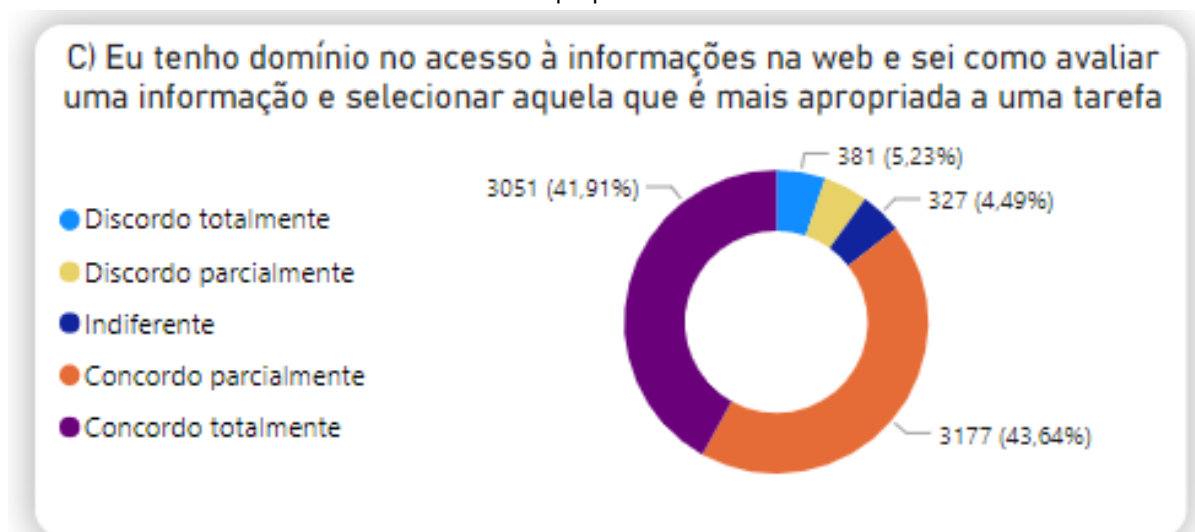
Gráfico 27 – Eu sei como identificar fontes de informações relevantes e confiáveis e como encontrar a informação que preciso.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 27, 85% dos entrevistados concordam parcial ou totalmente com as afirmações e relatam que possuem habilidades e conhecimentos para identificar fontes de informações relevantes e confiáveis em relação às suas atuações como agentes de saúde. Observa-se que 41,9% dos ACS's concordam totalmente e 43,3% concordam parcialmente que tem domínio em como identificar fontes de informações relevantes e confiáveis e como encontrar a informação que precisa. Quanto aos ACE's, 41,1% concordam totalmente e 44,4% concordam parcialmente que tem domínio em como identificar fontes de informações relevantes e confiáveis e como encontrar a informação que precisa.

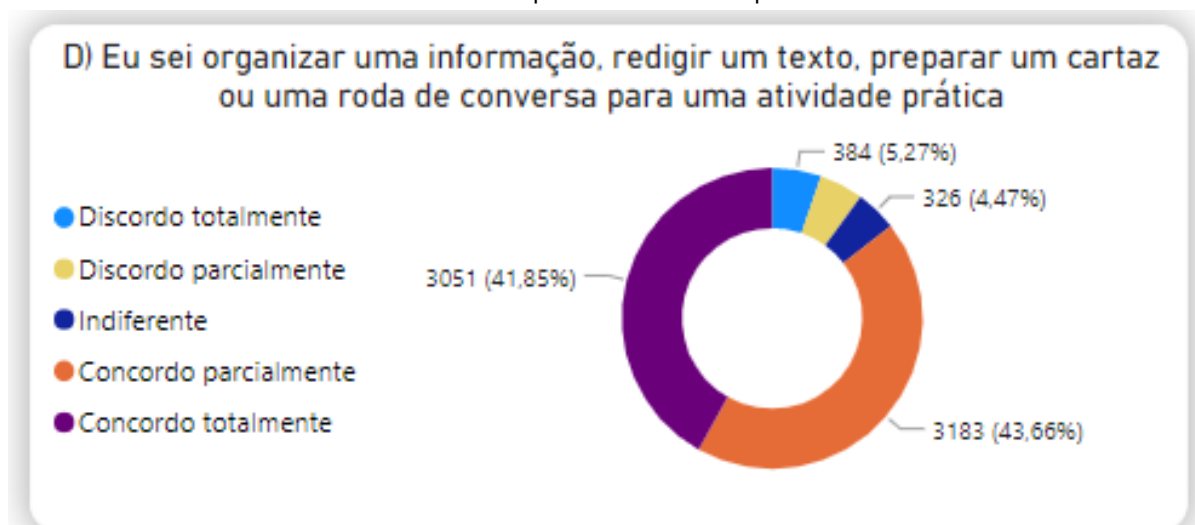
Gráfico 28 – Eu tenho domínio no acesso às informações na web e sei como avaliar uma notícia e selecionar a mais apropriada a determinada tarefa.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 28, 85% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente com a afirmativa e disseram possuir habilidades e conhecimentos em relação ao seu campo de atuação, que têm domínio no acesso às informações na web quanto a avaliar uma informação e selecionar a mais apropriada a uma determinada tarefa. Observa-se que 42% dos ACS's concordam totalmente e 43,4% concordam parcialmente, que domina o acesso às informações na web e sabe como avaliar uma notícia e selecionar a mais apropriada a determinada tarefa. Quanto aos ACE's, 41,2% concordam totalmente e 44,3% concordam parcialmente, que domina o acesso às informações na web e sabe como avaliar uma notícia e selecionar a mais apropriada a determinada tarefa.

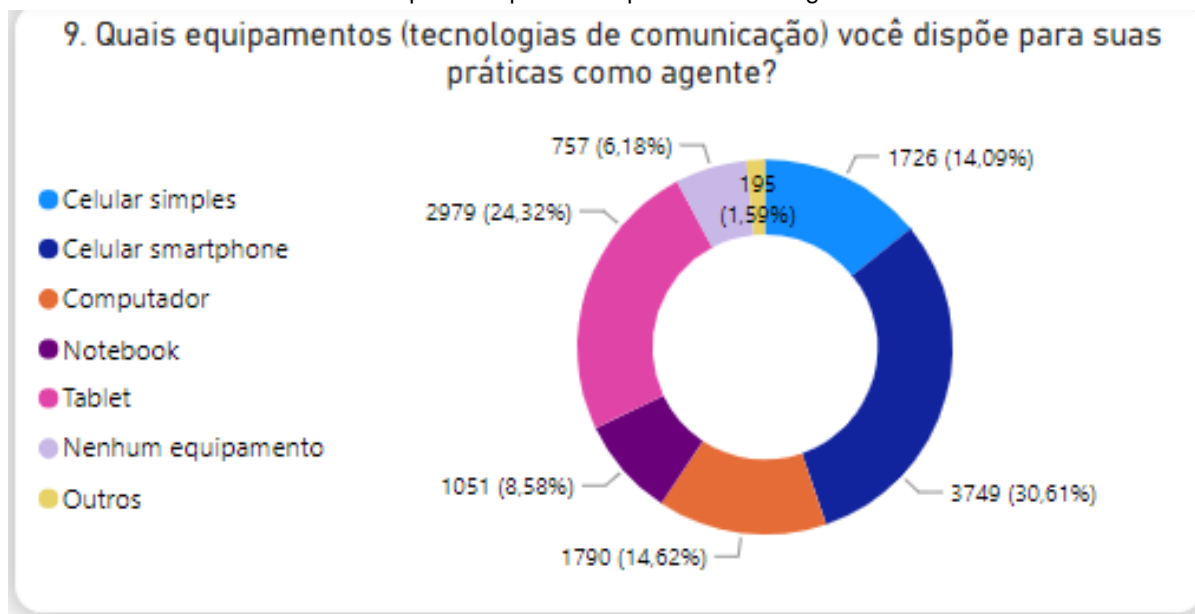
Gráfico 29 – Eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática.



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 29, 85% dos agentes entrevistados concordam parcial ou totalmente com a afirmação e relatam que suas principais habilidades e conhecimentos se resumem em saber organizar uma informação e redigir um texto. Observa-se que 42% dos ACS's concordam totalmente e 43,4% concordam parcialmente, que sabe organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática. Quanto aos ACE's, 41,1% concordam totalmente e 44,4% concordam parcialmente, que sabe organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática.

Gráfico 30 – Em suas atividades cotidianas, quais equipamentos (tecnologias de comunicação) estão disponíveis para suas práticas como agente de saúde?

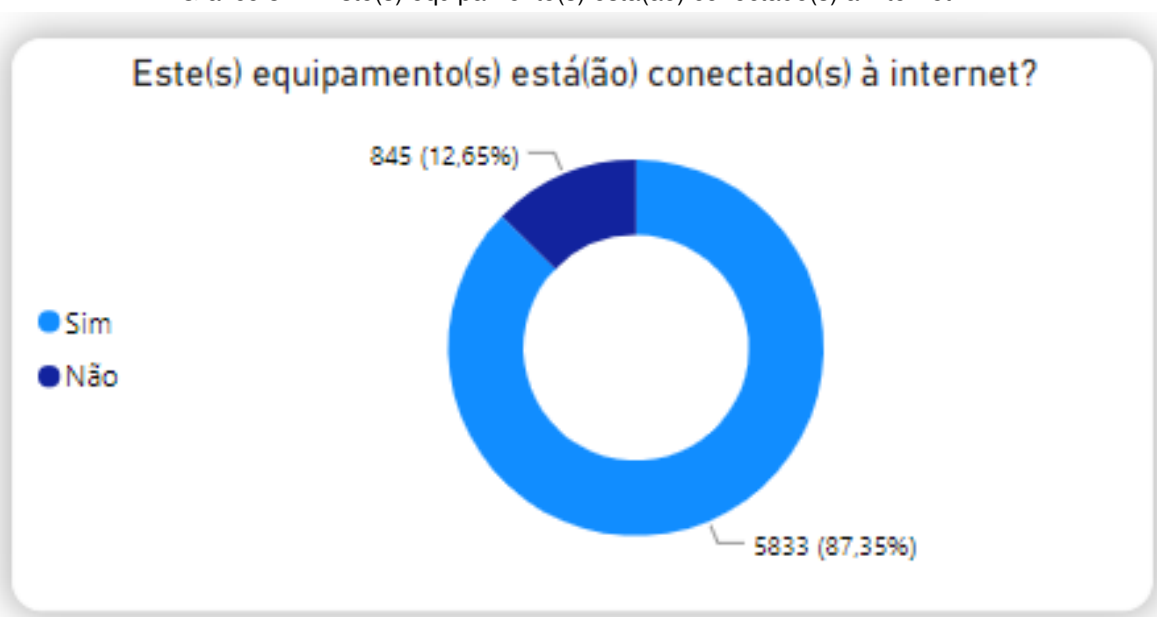


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Aproximadamente 31% dos entrevistados dispõem de celular smartphone para suas práticas profissionais, enquanto 24,32% dispõem de tablet e 14,62% utilizam notebook. O aparelho celular simples se destacou entre os equipamentos utilizados, com 14,09%. Todavia, 6,18% dos respondentes afirmaram não dispor de nenhum equipamento tecnológico para auxiliá-los em suas práticas como agentes de saúde, de acordo com o Gráfico 30. Observa-se que aproximadamente 30% dos ACS's entrevistados dispõem de celular smartphone, seguidos de quase 28% dos entrevistados dispõem de um Tablet para as suas práticas como agente. Quanto aos ACE's entrevistados, 35,1% dispõe de celular smartphone em suas práticas, seguidos de quase 18,3% afirmaram não dispor de nenhum equipamento tecnológico para auxiliá-los em suas práticas como agentes de saúde.

Gráfico 27a. Este(s) equipamento(s) está(ão) conectado(s) à internet?

Gráfico 31 – Este(s) equipamento(s) está(ão) conectado(s) à internet?

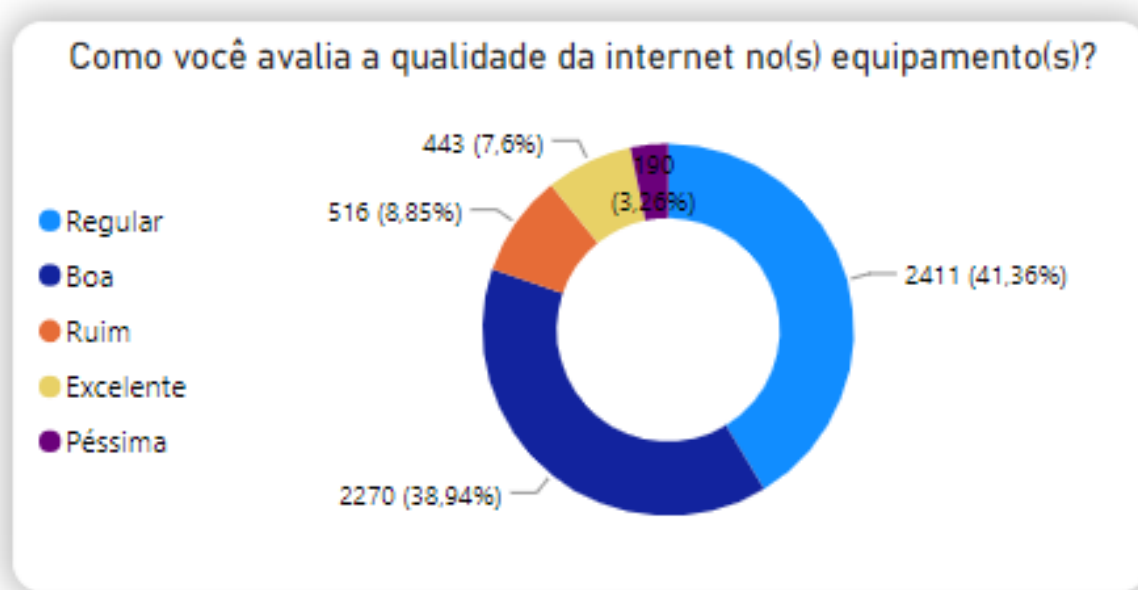


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 31, cerca de 87% dos agentes relataram que seus equipamentos estão conectados com a internet. Porém, aproximadamente 13% afirmaram que não possuem conexão com a rede mundial de comunicação. Observa-se que 87,3% dos ACS's entrevistados relataram que seus equipamentos estão conectados com a internet e, apenas 12,6% não estão conectados. Quanto aos ACE's entrevistados, 87,5,1% informaram que seus equipamentos estão conectados com a internet e, apenas 12,4% não está conectado.

Como você avalia a qualidade da internet em termos de conexão do(s) equipamento(s) que utiliza em suas atividades profissionais?

Gráfico 32 – Como você avalia a qualidade da internet em termos de conexão do(s) equipamento(s) que utiliza em suas atividades profissionais?

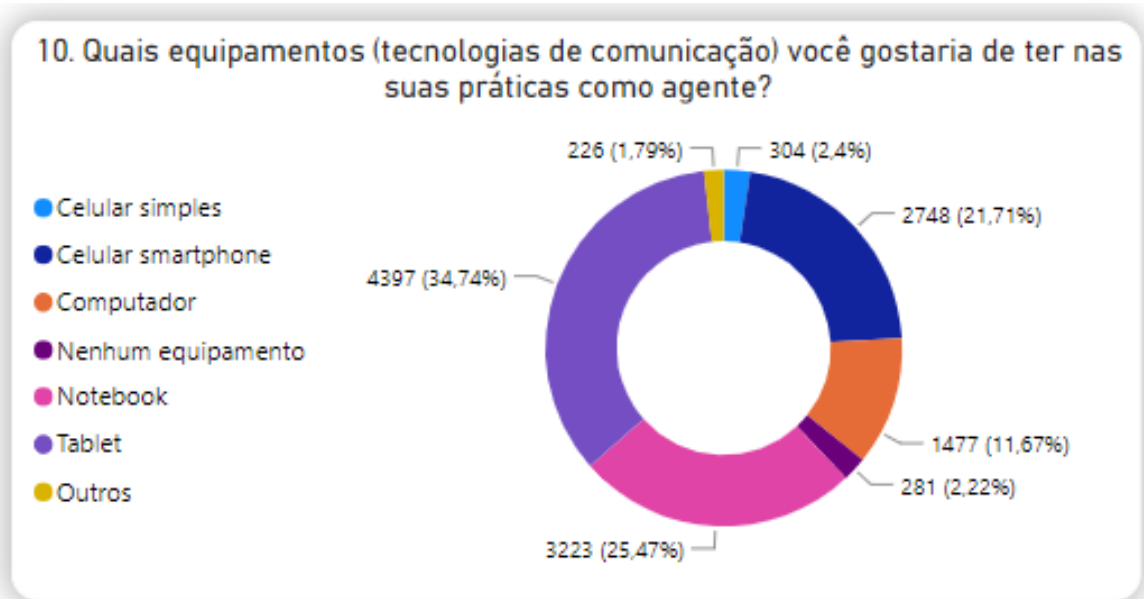


Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

De acordo com o Gráfico 32, do total de entrevistados, 41,36% classificaram como regular a conexão com a internet e cerca de 38,94% alegaram que a qualidade de seus acessos virtuais é boa. Apenas 7,6% avaliaram como excelente e 3,9% como péssima. Observa-se que 42,3% dos ACS's, entrevistados afirmam ter conexão à internet com qualidade regular e 37,6% ser de boa qualidade. Quanto aos ACE's entrevistados, 45,6% afirmam que avaliam como boa a sua conexão à internet, e cerca de 36,64% alegam ter uma qualidade regular.

Quais equipamentos (tecnologias de comunicação) ainda não estão disponíveis na unidade de saúde onde você atua e que considera necessários para as suas práticas profissionais?

Gráfico 33 – Quais equipamentos você gostaria de ter nas suas práticas como agente?



Fonte: Estudo multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias e dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil

Cerca de 35% dos entrevistados manifestaram o desejo de possuírem um tablet para auxiliá-los em suas práticas profissionais, 24,47% gostariam de ter um notebook e 21,71% desejam ter em mãos um aparelho celular smartphone. Do total dos respondentes, 2,22% disseram não ter interesse em nenhum equipamento, de acordo com o Gráfico 33. Observa-se que 33,8% dos ACS's entrevistados gostariam de ter nas suas práticas como agente o Tablet, seguido de 26,5% para notebook e 21,3% de um celular Smartphone. Quanto aos ACE's, 38,7% dos entrevistados apontaram o desejo de possuir um tablet nas suas práticas como agente, seguido de um celular smartphone 23,4% e um notebook 20,6%.

6.2 Apresentação dos resultados Qualitativos

Com a conclusão do levantamento, foram catalogados 54 formulários de pesquisa respondidos pelos entrevistados. Na análise de perfil, entre os sujeitos entrevistados foi verificada uma faixa etária média de 46 anos (25 - 72). Dentre eles, os ACEs tinham em média 46 anos (31 - 63 anos) e o ACSs em média de 47 anos (25 - 72 anos). Do total, 36 dos respondentes são do sexo feminino (66.7%) e 18 pertencem ao masculino (33.3%). Ao individualizar os dois grupos de agentes, os ACEs totalizaram 16 pessoas do sexo masculino (59.3%) e 11 do feminino (40.7%), enquanto os ACSs somaram 25 do feminino (92.6%) e 2 do masculino (7.4%). É perceptível o papel feminino nessa profissão. A participação das mulheres como agentes comunitários de saúde teve origem com a implementação da

primeira política de saúde envolvendo trabalhadores das regiões Norte e Nordeste do Brasil.

Quanto à escolaridade, dentre os 54 entrevistados, 1,9% têm Ensino Fundamental incompleto; 3,7% Ensino Fundamental completo; 38,9% concluíram o Ensino Médio; 7,4% têm Nível Superior incompleto; 35,2% têm formação Superior completa; 12,9% são Pós-graduados. A maioria dos respondentes, 38,9%, concluiu o Ensino Médio e 35,2% possui o Ensino Superior incompleto. Se esta análise for feita a partir de um recorte, conclui-se que a maioria dos ACEs têm o Ensino Médio (40,8%), seguida por aqueles com graduação e Superior completa (33,3%) e pelos agentes que têm Pós-graduação, (14,8%). Quanto aos ACSs, os profissionais com Ensino Médio completo totalizaram 37,0%, aqueles com Nível Superior completo, também 37,0% e com Pós-graduação (especialização), 11,1%.

No que tange à remuneração, 48,15% estão na faixa salarial entre R\$ 1.500,00 e R\$ 2.000,00, enquanto 25,93% têm vencimentos entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.500,00. Em relação ao ACE, o maior percentual desses profissionais (44,4%) está na faixa salarial entre R\$ 1.500 e R\$ 2.000; os que têm salários entre R\$ 2.000 e R\$ 2.500 correspondem a 22,2% do total dos entrevistados. Quanto ao ACSs, a maior parcela desses trabalhadores (51,9%) recebe mensalmente entre R\$ 1.500 e R\$ 2.000 e, na faixa salarial entre R\$ 2.000 e R\$ 2.500 estão 29,6% dos respondentes. Para mensurar o nível de satisfação dos entrevistados quanto à remuneração, foi feito o seguinte questionamento: “Você considera que o seu salário é baixo, justo ou acima da média?” De um total de 52 respostas, 73,1% consideram Baixo e 26,9% disseram ser Justo, Bom ou Razoável. Nenhuma das duas classes de trabalhadores está satisfeita com a remuneração. Esta questão ficou evidente quando foram separadas as categorias, pois somando as respostas dos ACEs e ACSs, o percentual dos que consideram seus salários baixos atingiu 73,1%.

Para completar o entendimento desse tópico, foi feito outro questionamento: “Por que você considera o seu salário baixo, justo, ou acima da média?” e as respostas, das quais, apresentamos algumas aqui transcritas: [. . .]

- “Para o custo de vida da minha cidade, ele é um salário baixo”(ACE_NE_AL_1);
- “Não dá para pagar as contas e administrar muito bem a família”(ACS_SE_RJ_1);
- “Deveria ter uma qualificação melhor”(ACE_N_RR_1);
- “Pouco pelo serviço que a gente faz”(ACE_N_AP_1);
- “Os outros municípios recebem muito melhor do que nós”(ACS_N_PA_1);
- As responsabilidades foram aumentando”(ACS_N_TO_1);
- “Diante dos riscos que a gente corre”(ACS_CO_DF_1);
- “Atividade penosa”(ACE_CO_MS_1);
- “Em contato direto com os moradores, trabalho desgastante, físico e mental”(ACS_S_PR_1);
- “Quantidade de coisas e papel que a gente exerce”(ACS_S_SC_1);

Para validar o presente estudo, além de utilizar os dados obtidos com os resultados da

Nessa questão, ao compilar todas as falas dos respondentes, obteve-se o seguinte DSC:

ACS_N_PA_1 - Como ferramenta de trabalho, como meio de comunicação e informação. ACS_N_AC_1 - contribuem de forma produtiva, porque e por meio do uso das TICs,ne, dos meios de tecnologia de informação e comunicação, que nos muitas vezes fazemos uma busca de um paciente que não está na sua residência(EC1). ACE_N_RO_1 - ajuda a gente a divulgar os trabalhos, e no meu caso consigo sanar dúvidas e aprender um pouco do que as outras pessoas capacitadas podem me ajudar. ACE_N_AP_1 - divulgo o trabalho da equipe no Instagram, no Facebook(EC1), eu monto, sabe as fotos, vídeos e ensino no Facebook. ACE_N_PA_1 - Tira dúvida com o país todo quase. ACS_N_TO_1 - WhatsApp eu acho muito legal porque às vezes eu tenho um recado rapidinho para passar, às vezes eu preciso de uma informação de última hora. ACS_CO_GO_1 - coisas que é muito urgente e eu já jogo no grupo e todo mundo ver, fica bem mais fácil o serviço da gente ACS_S_RS_1 - Facilita muito o trabalho dos agentes saúde, na troca de informações, atualiza os dados com o uso do tablet. ACE_NE_PI_1 - mostrando diariamente o trabalho, mostrando o dia a dia, falando sobre a dengue, é muito bom a gente ter um meio de comunicação para tá (realizando) nosso trabalho. ACS_NE_BA_1 - através do WhatsApp nós podemos fazer. . . até reunião, a gente faz através do WhatsApp e a comunicação entre o meu grupo Enfim, ACS_NE_CE_1 - ajudou e muito, muito mesmo, até o município da gente tá fazendo um aplicativo pra tudo sair digitado pelo celular, quando eu tiver fazendo uma visita.

Analisando esse discurso, é possível perceber que os entrevistados reconhecem que o uso das TICs, Internet e redes digitais/sociais pode auxiliá-los em suas atividades cotidianas. Para contextualizar o entendimento dos ACS e ACE sobre TICs, Internet e redes digitais/sociais, respectivamente, a opção foi colocar em destaque essa metodologia, analisando-a sob a ótica de Lévy (1998), Castells (1999) e Saracevic (1995), cujos estudos são considerados válidos para a análise conclusiva dessa primeira questão.

No Gráfico 35, da **questão 10** “*Como se dá a comunicação entre você e as famílias do seu território?*”, observa-se uma maior ocorrência da categoria A - Visitas domiciliares: 73,47 %, seguida de outras quatro: B - Uso das redes sociais, com 14,29 %; C - Nas Unidades Básicas de Saúde, com 2,04 %; D - Abordagens, com 4,08 %; E - Palestras, com 6,12 %.

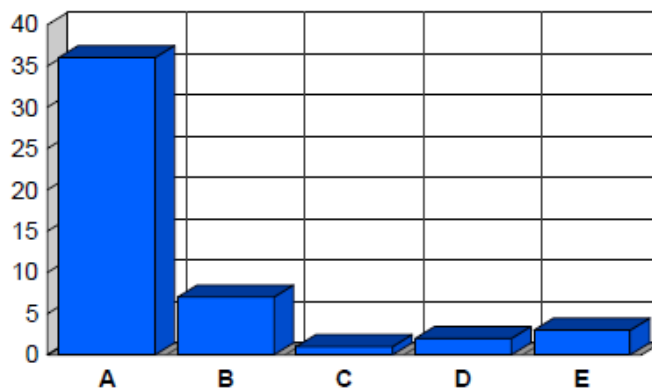
Gráfico 35 – emphComo se dá a comunicação entre você e as famílias do seu território?

QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

Ação comunicativa do ACS e do ACE no Brasil e o enfrentamento da desinformação

2) 10. Como se dá a comunicação estabelecida entre você e as famílias do seu território?

A	Visitas domiciliares	36	73,47 %
B	Uso das redes sociais	7	14,29 %
C	Nas Unidades Básicas de Saúde	1	2,04 %
D	Abordagens	2	4,08 %
E	Palestras	3	6,12 %
TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA		49	



Fonte: Elaborado pelo autor

Analisando a opção A - *Visitas domiciliares* e fazendo a junção de todas as falas obtidas a partir das respostas dos entrevistados, obteve-se o seguinte DSC:

É através da visita domiciliar(ACS_S_PR_1);Boca a boca, o dia a dia(ACE_NE_PB_1); então a gente conversa com comunidade é indo na casa deles mesmo,(ACS_N_RO_1); o mais usado é presencial (ACE_NE_CE_1), assim bem direta com os moradores e com as famílias [...] Esse direto é a gente chegar na forma presencial (ACE_N_AC_1), logo é um contato pessoal.(ACE_SE_SP_1), nos comunicamos pessoalmente por meio de visitas domiciliares (ACS_N_AC_1).enfim famílias é é direto no território mesmo no bate à porta e no diálogo eh eh presencial mesmo.(ACE_SE_MG_1).

O destaque, nesse discurso, é que a melhor forma dos agentes se comunicarem com as famílias é por meio da visita domiciliar.

A Visita Domiciliar possibilita que a equipe conheça o contexto onde vivem as pessoas por ela assistida e, como isso, é possível entender o que acontece em relação à

saúde e/ou adoecimento de determinada população, além identificar os aspectos sociais, ambientais e culturais que norteiam a vida em comunidade, dentre outros fatores.

A visita domiciliar é uma forma de atenção em Saúde Coletiva voltada para o atendimento ao indivíduo e à família e, também, à coletividade. A equipe de saúde vai até os domicílios ou locais próprios para o acolhimento da população, com o intuito de prestar auxílio a quem necessita de apoio em relação à saúde, visando maior equidade dos programas de assistência em saúde. (BRASIL, 2012; CECCIM e MACHADO, 1995; TAKAHASHI e OLIVEIRA, 2001).

Tendo como fontes de informações as Fichas de visitas domiciliares e territoriais¹ ou o Aplicativo e-SUS AB Território, e baseando-se nesses referenciais, elabora-se uma lista com os motivos que justificam as ações domiciliares, conforme a seguir:

- 1) Cadastramento/atualização;
- 2) Visita periódica;
- 3) Busca ativa;
- 4) Acompanhamento;
- 5) Controle ambiental/vetorial;
- 6) Egresso de internação;
- 7) Convite para atividades coletivas/campanha de saúde;
- 8) Orientação/Prevenção;
- 9) Outros.

A Visita Domiciliar permite à equipe de saúde uma maior proximidade com as famílias, o que contribui para o desenvolvimento de ações destinadas à promoção e recuperação da saúde coletiva.

A educação em saúde e a participação ativa do paciente nas ações voltadas ao bem-estar comum são iniciativas que têm contribuído para a diminuição dos índices de internações hospitalares e, também, para o controle dos sintomas desagradáveis de doenças crônicas que acometem as comunidades que são assistidas pelos programas de saúde oferecidos pelo SUS.

A união de esforços e a interação entre as áreas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde contribui, sobretudo, para a efetividade do trabalho dos ACEs e

¹ Registro de visitas domiciliares no e-SUS (ACS e ACE). Materiais sobre e-SUS disponíveis em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/e-sus> - acessado em 9 nov 2022

ACSs. Um profissional munido das informações relativas à comunidade por ele atendida e de posse do conhecimento necessário para o exercício de suas ações e práticas cotidianas, é capaz de reconhecer, identificar e propor soluções para problemas relativos não somente às doenças que afetam a população, mas para questões mais profundas como o enfrentamento da desinformação. Conhecer os membros da comunidade local e possuir as ferramentas e orientações adequadas ao desempenho de suas funções permite que os agentes e tomadores de decisões adotem as melhores resoluções no sentido de sanar os desafios existentes nas comunidades atendidas pela ESF.

Reforçam esse entendimento, os estudos de ARAÚJO e CARDOSO (2007) acerca dos pesquisadores Paul Lazarsfeld(1944) e Elihu Katz (2008), teóricos que apresentaram o modelo da ‘comunicação em dois fluxos’ que, em seu escopo, identificava haver, entre o emissor e o receptor, a presença de ‘mediadores’. “O mediador, também chamado ‘líder de opinião’, pode ser um líder político, um padre, um médico, um líder sindical ou qualquer personalidade local que goze de certa confiança por determinado grupo”. Nesse caso, os ACSs e ACEs se encaixam no contexto do que foi preceituado pelos estudiosos.

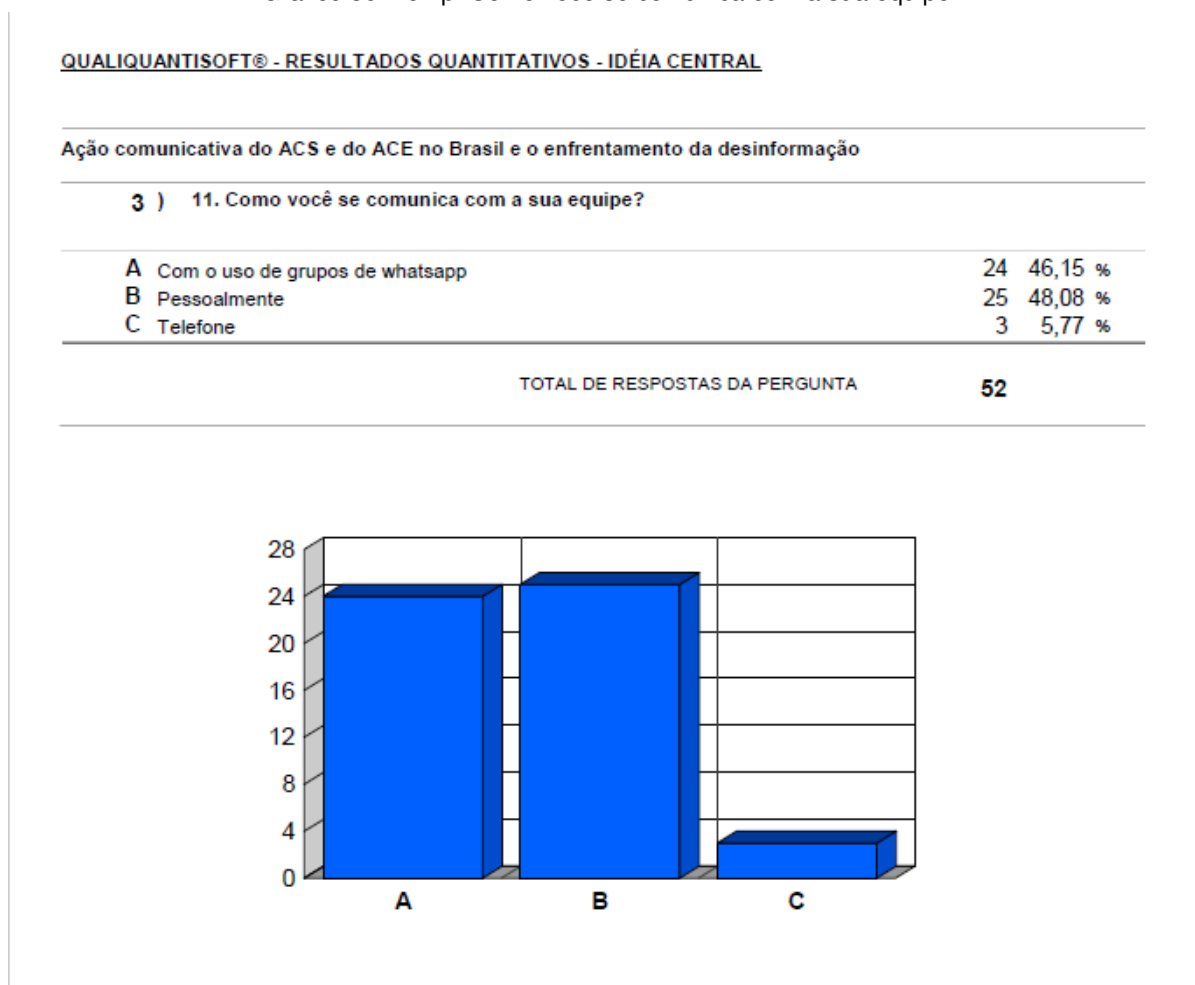
Os ACSs e ACEs atuam num ambiente onde as informações que utilizam em suas práticas e ações são provenientes de mensagens mediáticas e, por esse motivo, precisam adquirir habilidades que os capacitem a aplicarem o saber adquirido no contexto dos seus trabalhos. Além de possuírem aptidão para interpretar as mensagens recebidas de diversas fontes, esses agentes têm o papel de repassar tais conhecimentos aos membros da comunidade, quando das visitas domiciliares, por meio da comunicação interpessoal. Os agentes de saúde estão envolvidos no processo de “comunicação em dois estágios”, pois o ACS e ACE, enquanto mensageiros que prolongam e ajudam a difundir as mensagens mediáticas, atuam como mediadores. Esses profissionais têm um papel decisivo junto às comunidades por eles atendidas, em termos de exercer influência sobre os indivíduos, seja individual ou coletivamente. Por isso, se tornaram mediadores, pois difundem e propagam mensagens nos locais onde atuam.

Antes de compartilhar esse tipo de informação, os ACS e ACE selecionam aquelas que julgam pertinentes, isto é, filtram os conteúdos e, se necessário, editam, recortam, comentam, avaliam e transformam o teor das notícias antes de repassá-las adiante. Os agentes de saúde são os canais, os condutores que levam a informação até comunidades e indivíduos sob seus cuidados.

Na **questão 11** “*Como você se comunica com a sua equipe?*”, Gráfico 36, verifica-se que os percentuais de duas categorias ficaram muito próximos. Categoria A - Com o uso de grupos de whatsapp: 46,15 % e B - .: 48,08 %, seguidas de C - Telefone: 5,77 %.

...

Gráfico 36 – emphComo você se comunica com a sua equipe?



Fonte: Elaborado pelo autor

Duas categorias se destacaram nessa questão. Em primeiro lugar em termos de respondentes,, a opção **B - Pessoalmente**; e, em seguida, **A - Com o uso de grupos de whatsapp**. Ao reunir todas as falas obtidas da opção **B - Pessoalmente**, foi gerado o seguinte DSC:

Olha da melhor maneira que a gente consegue ué, a gente está sempre comunicando, tirando dúvida um com o outro(ACE_N_RO_1). Assim minha equipe praticamente pessoalmente aqui, né.(ACE_N_PA_1). Todavia Nós abordamos, se for pedir informação para a Dra. ou para a enfermeira,(ACS_CO_MT_1). Então a gente conversa entre nós,(ACE_CO_MS_1). Enfim, frequentemente todos os dias ,antes da gente ir agente se reúne as 7 horas, agente se comunica, eh, passa informações o que está acontecendo(ACS_N_AC_1).

Observa-se, por meio desse discurso, que a maneira mais assertiva dos agentes se comunicarem com as famílias é pessoalmente.

Na junção de todas as falas obtidas a partir das respostas dos entrevistados, obteve-se também a categoria **A - Com o uso de grupos de whatsapp**, ficando assim o DSC:

Através do grupo whatsapp que têm dos agentes de saúde com as suas equipes nas unidades de saúde, existe esse grupo que ali eles se comunicam, mas também tem as reuniões de equipe (ACS_S_PR_1), logo, temos um grupo inclusive tem o grupo da equipe, temos o grupo da unidade de saúde, temos o grupo da equipe, e temos o grupo só dos agentes de saúde(ACS_NE_SE_1), deste modo a gente tem um grupo com a enfermeira e tem um grupo com a técnica de enfermagem(ACS_SE_ES_1), assim, A gente tem o nosso grupo também de whatsapp né dentro da equipe pra tá discutindo as situações. . . eh pessoalmente, reuniões(ACS_CO_DF_1), enfim, Então foi muito valiosa a internet. Essa tecnologia, ela foi muito valiosa. [...] WhatsApp, mensagem, muito boa, facilitou muito a nossa vida. (ACS_NE_MA_1).

Para esse discurso, destacam-se duas pesquisas que têm por objetivo visualizar a Internet e o uso do whatsapp. A primeira, cujo título é TIC DOMICÍLIOS 2020, conduzida pelo Comitê Gestor da Internet no Brasil – CGI.br e pelo Núcleo de Informação e Coordenação do Ponto BR – NIC.br que trata sobre o Uso da Internet, em que os estudiosos declaram que:

“A pesquisa TIC Domicílios é realizada desde 2005 e investiga o acesso às TIC nos domicílios e seus usos por indivíduos com dez anos ou mais. Nesta edição, foram realizadas entrevistas em 5.590 domicílios e com 4.129 indivíduos em todo o território nacional”(CETIC/CGI, 2020, p.6).

No Brasil, existem aproximadamente 152 milhões de usuários de Internet, o que representa 81% da população com idade a partir dos dez anos. Apesar dessa pesquisa ter sido realizada no auge da pandemia causada pela COVID-19, o uso da Internet para o trabalho foi mencionado por apenas 38% dos usuários entrevistados. O telefone celular foi o principal dispositivo utilizado para acesso a informações, atingindo quase que a totalidade dos consumidores de Internet, alcançando um percentual de 99%. De acordo com o resultado do estudo, as principais atividades realizadas com o uso de aparelho celular foram trocas de mensagens (93%), conversas e chamadas de voz ou vídeo (80%) e uso das redes sociais (72%). Destaca-se, também, a busca por informações associadas à saúde e serviços de saúde (53%). Outros 55% do total de respondentes disseram ter participado de uma transmissão de áudio ou vídeo em tempo real (live).

Os resultados da pesquisa CGI.BR convergem para os números obtidos na pesquisa com os agentes de saúde como por exemplo: a busca por informações associadas à saúde e serviços de saúde (53%) usando a internet e o celular.

A segunda pesquisa, coordenada pelo *Mobile Ecosystem Forum Ltd.* (MEF, 2021) e considerada relevante no contexto desse estudo, refere-se ao uso do smartphone pelos brasileiros. De acordo com o estudo, 66% da população usa esse dispositivo para o trabalho. Os dados revelam, também, que 75% desses trabalhadores arcam com as despesas do seu equipamento e que apenas 14% recebem o aparelho do seu empregador. E, destes que têm o dispositivo pago pela empresa, somente 11% usam esse benefício.

Nessa mesma pesquisa, ficou evidente que a ferramenta mais usada para o trabalho é o WhatsApp. De acordo com as respostas, 66% daqueles que usam smartphone no trabalho, 84% utilizam o mesmo aparelho para suas atividades pessoais. Destaca-se

também que o E-mail é o segundo meio de comunicação, via celular, mais usado, segundo respostas de 52% dos entrevistados. Na sequência, aparecem o Instagram, com 45%, o Facebook Messenger, com 44%, as ligações telefônicas, com 40% e o Telegram, com 29%.

Diante desse contexto, é possível perceber como as ferramentas tecnológicas estão mudando a vida das pessoas e exercendo influência nas relações pessoais e no ambiente de trabalho.

No que se refere à atuação do ACS e ACE não poderia ser diferente. Nesse DSC, percebe-se como os grupos de WhatsApp estão diretamente ligados às atividades dos agentes de saúde, auxiliando-os em suas práticas e ações cotidianas.

Na **questão 12** “*Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?*”, Gráfico 37, o maior percentual foi para a categoria A - Na Unidade de saúde e com o agente de saúde: 75,00 %, seguida de B - Grupos de Whatsapp e redes sociais: 18,75 %, e de C - Meios de comunicação (Jornal, televisão, rádio): 6,25 %.

Gráfico 37 – emphOnde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?

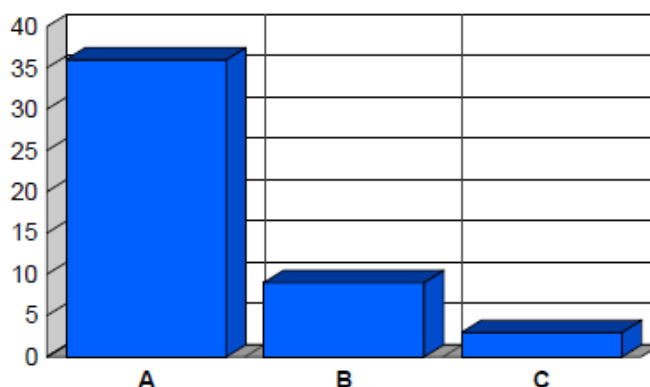
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

Ação comunicativa do ACS e do ACE no Brasil e o enfrentamento da desinformação

4) 12. Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?

A Na Unidade de saúde e com o agente de saúde	36	75,00 %
B Grupos de Whatsapp e redes sociais	9	18,75 %
C Meios de comunicação (Jornal, televisão , rádio)	3	6,25 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **48**



Fonte: Elaborado pelo autor

Ao compilar todas as falas da categoria *A - Na Unidade de saúde e com o agente de saúde*, obtidas com as respostas dos entrevistados, gerou-se o seguinte DSC:

ACE_N_AC_1 - procure a UBS mais próxima de sua residência. ACS_SE_SP_1 - E as famílias buscam informação sobre saúde mais de forma presencial. ACE_NE_CE_1 - primeiro começa no bairro, que é onde tá o centro de saúde, lá onde a agente de saúde; dentro do centro de saúde. No caso do Agente de Endemias; a própria secretaria de saúde, o núcleo endemias ou coordenação de vigilância à saúde. ACE_N_AP_1 - elas vão nos postos de saúde, elas acessam, tem muita gente que procura né o Ministério da Saúde, entram no site da saúde; secretaria do estado e quando eles não sabem a gente mesmo repassa para ir aonde deve ir; Tudo que se sabe um repassa para o outro é assim que funciona aqui. ACS_N_AP_1 - muitos buscam pela internet né)EC1), mas também procuram pelas UBS's; e também pra gente, que como eu tenho meu grupo, porque assim eh. . . como eu tenho o meu grupo e a minha área, as pessoas sempre. . . fazem referência àquele agente comunitário de saúde.

Com esse discurso, percebe-se o entendimento dos entrevistados em relação à

importância da fonte de informação sobre saúde. A maioria dos respondentes disseram recomendar as Unidades de Saúde ou o próprio agente de saúde. Entretanto, algumas pesquisas têm evidenciado outra realidade. Muitas pessoas, diante de uma situação de mal-estar físico, buscam na internet informações que as levem a identificar possíveis sintomas e tratamentos para suas doenças. De acordo com Moretti, Oliveira e Silva (2012), 90% das mulheres buscam, por si mesmas, informações sobre saúde quando algo em seu organismo acende um alerta e 86% consideram a internet como a principal fonte de informação. 74% optam por buscar a opinião de médicos ou especialistas, 50% na televisão ou rádio e 39% recorrem aos livros sobre saúde.

Os agentes de saúde demonstraram estar bem preparados para definir as fontes de informação e orientar os membros das comunidades por eles atendidas em relação à busca de esclarecimento para suas dúvidas em relação à saúde.

Na **questão 13** “*Quais as principais fontes de informação?*”, Gráfico 38, a maior pontuação foi para a categoria C - Equipe: 42,59 %, seguida de A - Google e redes sociais: 29,63 % e de B - Documentos oficiais do Ministério da Saúde: 27,78 %.

Gráfico 38 – emphQuais as principais fontes de informação?

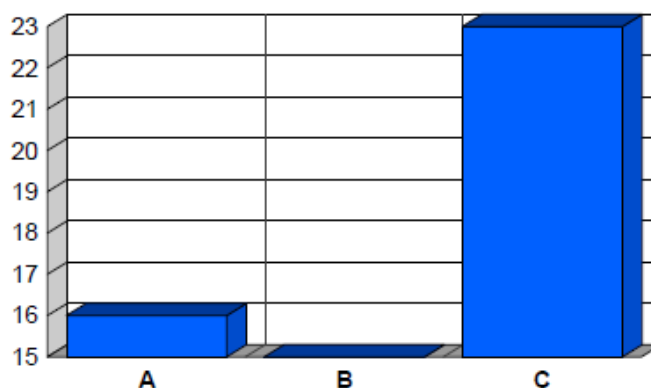
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

Ação comunicativa do ACS e do ACE no Brasil e o enfrentamento da desinformação

5) 13. Quais as principais fontes de informação

A	Google e redes sociais	16	29,63 %
B	Documentos oficiais do Ministério da Saúde	15	27,78 %
C	Equipe	23	42,59 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **54**



Fonte: Elaborado pelo autor

Ao reunir todas as falas obtidas na categoria *C - Equipe*, resultou no seguinte DSC:

ACS_N_PA_1 - Eu vou na Vigilância Sanitária, lá tem uma equipe, tem prédio próprio da Vigilância Sanitária, que é composta por dezesseis ACE, aí tem coordenador lá. ACE_N_TO_1 - o coordenador aí eles sanam aquela dúvida para gente. ACS_CO_MS_1 - Pessoal da educação em saúde das endemias. ACE_S_SC_1 - a gente tem nossa coordenadora, temos dois biólogos, então quando surge essas questões que os ACE trazem de campo, eles nos ligam . ACS_S_SC_1 - se eu tenho alguma dúvida tem as meninas da dengue lá no posto, então elas batem o ponto lá, então a gente geralmente aborda elas pedem alguma coisa. ACS_NE_PI_1 - Primeiro com a própria equipe, tem a secretaria municipal de saúde e também a gente utiliza - tem acesso. ACE_SE_RJ_1 - Enfim, a gente tem uma equipe, né, e a gente tem supervisor(EC1); se a dúvida não for sanada ali a gente vai para aquela pesquisa básica no Google, né?

As atividades profissionais, quando realizadas em grupo, apresentam inúmeras vantagens, as quais não estão presentes nos ambientes individualizados. Ao pensar em equipe, logo vem à mente um time de futebol. De acordo com Hardingham (2000, p. 9),

“(. . .) existe apenas uma única pergunta-chave a fazer a si próprio, quando estiver tentando decidir se seu grupo constitui ou não uma equipe, que é: Será que todos os membros de meu grupo compartilham, pelo menos, de um objetivo que só pode ser atingido pelo esforço conjunto de todos? Se a resposta for positiva, esse grupo caracteriza-se como uma equipe”. Analisando as palavras do teórico, conclui-se que os agentes de saúde, ao definirem como sua principal fonte de informação a própria equipe, respondem, na prática, a pergunta-chave que norteou o estudo. O resultado da pesquisa junto aos ACEs e ACSs evidenciou que há um esforço comum entre as equipes no sentido de levar informações confiáveis sobre saúde coletiva aos membros de suas comunidades.

No Gráfico 39, da **questão 14** “*Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?*”, observa-se que a categoria A - Prejudica e ficamos desacreditados, onde vinte e quatro entrevistados marcaram esta opção, pontuou em 46,15 %. Em seguida, aparecem B - Impacta as atividades do agente, com dezesseis marcações, totalizando 30,77 %, C - Até agora nenhuma, escolhida por dez entrevistados, perfazendo 19,23 % e D - Dúvidas, mas aceitam orientações, com duas respostas, alcançando 3,85 %.

Gráfico 39 – emphQuais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?

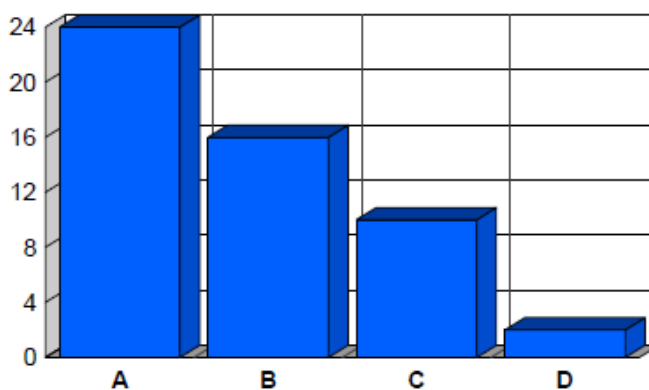
QUALIQUANTISOFT® - RESULTADOS QUANTITATIVOS - IDÉIA CENTRAL

Ação comunicativa do ACS e do ACE no Brasil e o enfrentamento da desinformação

6) 14. Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?

A	Prejudica e ficamos desacreditados	24	46,15 %
B	Impacta as atividades do agente	16	30,77 %
C	Até agora nenhuma	10	19,23 %
D	Dúvidas, mas aceitam orientações	2	3,85 %

TOTAL DE RESPOSTAS DA PERGUNTA **52**



Fonte: Elaborado pelo autor

A categoria A - *Prejudica e ficamos desacreditados*, destacou-se das demais. A reunião de todas as falas obtidas gerou o seguinte DSC:

Dificulta o trabalho tanto na questão da prevenção quanto no cuidado (ACS_CO_DF_1). Elas acabam sim criando uma barreira bem complicada, você fala, fala, mas parece que aquilo que o vizinho falou, aquilo que alguém que elas nunca viram na vida publicou no perfil ou num grupo de WhatsApp é a verdade absoluta (ACE_S_PR_1). Assim, é muito ruim, sabe, as vezes a gente chega na casa, ah! mas foi por causa que nós escutamos na televisão, mas o que vocês escutaram? que nós não estamos sabendo né, essas questões assim, as pessoas, os contribuintes nos cobram bastante, mas eu vi em tal lugar que dá pra fazer isso, que não precisa fazer isso aqui, então é uma coisa assim pra nós um parâmetro muito complicado (ACE_S_SC_1). Aí você tem que refazer um retrabalho levando a informação correta, desestimula a equipe porque você tem que fazer um trabalho duas vezes e a comunidade que perde com isso (ACS_S_PR_1). Então, prejudica muito o nosso trabalho porque as pessoas - nós ficamos desacreditados (ACE_N_AC_1). Descredibilidade com a população em relação as ações que nós desenvolvemos (ACS_N_AC_1). Logo, destrói o vínculo que é tão importante tão difícil de construir (ACS_SE_RJ_1). Porque fake news acaba, ainda mais na saúde, destrói a saúde

inteirinha (ACE_CO_MS_1). Enfim ela... esses fake news ele prejudica muito o nosso trabalho. Se a gente não tiver muito estudo, buscar pesquisar alguma coisa pra tá batendo de frente com a desinformação. O nosso trabalho fica muito prejudicado (ACS_NE_MA_1).

Criar e disseminar falsas notícias é uma prática recorrente entre os indivíduos e não se trata de uma novidade. A inovação, em se tratando de “notícias falsas”, é a forma de produzir e propagar o que é popularmente denominado de “fake news”. Atualmente, os “fabricantes de notícias” manipulam os conteúdos por meio de sofisticados programas de edição e os distribui nas redes sociais e internet, com o uso dos recursos da Tecnologia da Informação e Comunicação.

Para analisar esta questão nº 14, a discussão inicial será feita com base na pesquisa realizada a partir das notícias falsas recebidas pelo aplicativo Eu fiscalizo², publicado no informe do portal da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP (2020)³. O referido estudo foi conduzido pelas pesquisadoras da Ensp/Fiocruz Claudia Galhardi e Maria Cecília de Souza Minayo, com o objetivo de identificar as principais fake news relacionadas à Covid-19 e as principais redes sociais propagadoras desse tipo de informação.

Na primeira etapa, usando como recorte o período de 17 março a 10 de abril de 2020, o estudo revelou que 65% das notícias falsas continham conteúdos sobre métodos caseiros na prevenção da Covid-19 e 20% apresentava soluções caseiras para curar a doença.

Em uma segunda fase, tomando como parâmetro o intervalo entre 11 de abril e 13 de maio 2020, os dados obtidos revelaram que 24,6% das fake news veiculadas apontavam que a doença era uma estratégia política, enquanto 10,1% orientavam sobre métodos caseiros para prevenir o contágio e 10,1% apresentava conteúdos que defendiam o uso da cloroquina e hidroxicloroquina, apesar de não haver comprovação científica sobre a eficácia desses medicamentos. O estudo apontou ainda que 7,2% da população não concordava com o distanciamento social.

Além da investigação a respeito das fake news, cujos dados foram descritos, a pesquisa demonstrou que 5,8% dos entrevistados afirmaram que o coronavírus foi criado em laboratório, 4,3% declararam fazer uso de ivermectina como cura para a doença, 4,3% disseram ser contra o uso de máscaras e 2,9% difamaram os profissionais de saúde.

Dos entrevistados, 15,9% disseram considerar as fakes news referentes à Covid-19 como uma farsa.

A pesquisa da ENSP/FIOCRUZ revelou também quais foram os maiores propagadores de notícias falsas sobre o coronavírus no Brasil, descrevendo que o Instagram foi responsável pela publicação de 10,5%, que 15,8% tiveram origem no Facebook e que, por

² <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48071>

³ <https://informe.ensp.fiocruz.br/noticias/48662> e <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19> Acessado em 10 nov 2022.

meio do Whatsapp, circularam 73,7% das fake news. O maior impacto das fakes news foi na área da saúde, principalmente em relação aos conteúdos que tiveram origem no Governo, nas esferas políticos e meios de comunicação.

No contexto dos meios de comunicação ORSI (2020) relembra e destaca o impacto da maior fake news sobre saúde da história do País, no caso da “pílula do câncer da USP”, que foi disseminada e repercutiu bastante com o apoio de uma emissora afiliada da Rede Globo.

Já o Governo direcionou a sua comunicação e a criação de conteúdo sobre saúde na perspectiva de destacar suas ações voltadas à solução de problemas, como por exemplo, a recomendação do uso da cloroquina sem comprovação científica. A esse respeito, ORSI (2020) cita que “quando o Ministério da Saúde divulga um comunicado à imprensa referendando os supostos benefícios para a saúde de pseudo-terapias, como a terapia de florais, ‘que modifica certos estados vibratórios’, ou a imposição de mãos, ‘para transferência de energia para o paciente’ (BRASIL,2018) – afirmações feitas assim, *ipsis litteris*, sem ressalvas, sem contraponto, sem explicação –, o Estado brasileiro se envolve na propagação de fake news sobre saúde: informação que induz o cidadão a tomar decisões erradas” (p. 63). Esse cenário que foi evidenciado durante a pandemia causada pela COVID-19 traz à tona uma preocupação ainda maior, em termos de segurança da informação, por se tratar de uma questão séria que é a saúde da população e, quando essas fake news têm origem em instituições que deveriam ser fontes de credibilidade e confiabilidade, perde-se totalmente a confiança nas instituições e no Estado.

Uma notícia falsa pode ser inofensiva, como é o caso dos cliques monetizados, ou ter desdobramentos mais sérios levando a agressões físicas e psicológicas, chegando a ameaças à saúde pública, como por exemplo, os movimentos antivacina.

Para ressaltar as consequências da propagação de notícias falsas, serão apresentados, a seguir, dois casos reais

4

O primeiro ocorreu em maio de 2014, quando uma dona de casa foi brutalmente espancada até a morte, depois de ser confundida com uma suposta sequestradora de crianças que as raptava para serem sacrificadas em rituais de magia negra. Tudo começou com um boato divulgado no facebook que afirmava que a mulher sequestrava crianças para usá-las em rituais de magia negra.

O segundo caso foi o linchamento de um advogado de 31 anos, morador de uma comunidade no interior do México, que foi identificado como um ladrão de crianças. A tragédia ocorreu após um boato que se espalhou na localidade de Papatlazolco sobre um sequestrador. Essa notícia se espalhou em forma de áudio que foi compartilhado em um

⁴ <https://g1.globo.com/sp/santos-regiao/noticia/2022/06/15/oito-anos-apos-mulher-ser-espancada-ate-a-morte-em-sp-fake-news-segue-fazendo-vitimas-como-o-turista-queimado-vivo-no-mexico.ghtml> Acessado em 12 nov 2022.

aplicativo de mensagens que alertava sobre um desconhecido que andava pela localidade com o objetivo de sequestrar crianças.

Estas duas histórias retratam a dimensão do problema causado pelas notícias falsas.

Trazendo, novamente, a temática para o âmbito desta pesquisa acadêmica, é preciso ressaltar que o ACS e o ACE, por estarem imersos nesse universo, onde recebem informações de todos os lados, além de lidarem com estas informações manipuladas, as quais os indivíduos de suas comunidades também recebem, precisam passar por processos contínuos de formação que os habilitem a detectarem conteúdos de cunho falacioso, de modo a evitar consequências desastrosas no âmbito da saúde coletiva.

Pode-se observar no DSC, que os agentes de saúde recebem uma grande quantidade de informações que são apresentadas pela comunidade, as quais eles precisam resolver ou enfrentar, o que acaba gerando desconfiança e descrédito em relação ao trabalho desses profissionais.

6.3 As descobertas dos objetivos da pesquisa

Os objetivos específicos da pesquisa contribuem no aprofundamento do objetivo principal da tese e serão apresentados e discutidos aqui, à luz dos questionários, entrevistas, documentos e outros instrumentos adotados no processo quantitativo e qualitativo. Cada argumento será apresentado, seguindo uma ordem, conforme os objetivos específicos da pesquisa e os resultados dos instrumentos quantitativos e qualitativos.

Caracterizar o perfil social, demográfico, econômico, cultural e profissional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), foi a etapa do estudo que fundamentou o primeiro objetivo específico. Para mensurar os dados constantes nesse tópico, desenvolveu-se indicadores qualiquantitativos, os quais foram empregados na verificação do processo de trabalho dos agentes de saúde, no contexto dos territórios onde atuam. Os indicadores *quantitativos* foram dispostos por distribuição, por bloco geral, Brasil.

Nesse tópico, apresenta uma visão geral dos respondentes, sujeitos estratégicos e fundamentais para a realização do presente estudo, informações que destacam os aspectos que caracterizam esses profissionais, os quais foram definidos como *personas* ACS e ACE, ou seja, foi traçado o perfil dos agentes de saúde que atuam no Brasil. É importante ressaltar que o termo *Persona* refere-se a personagens fictícios e que pode ser usado também para representar tipos diferentes de pessoas dentro de um contexto demográfico, atitude e/ou comportamento (SIQUEIRA, 2019). A *persona* ideal do Agente Comunitário de Saúde – ACS, segundo 79,86% dos entrevistados, poderia ser a Maria José, do gênero feminino 79,45%, pois representa a maioria dos respondentes ACS, com média de idade de 43 anos. Maria José conseguiu, por meio de processo de seleção, um vínculo empregatício

de Servidor Público Estatutário (73,48%), com jornada de trabalho de 40 horas semanais (94%). Ela trabalha há cerca de 16 a 20 anos na Estratégia Saúde da Família (ESF)/Atenção Primária à Saúde (24,81%), mora e atua profissionalmente no mesmo município (99,24%), se enquadra nos critérios de classificação do IBGE, quanto à cor/raça/etnia e se define como pardo (59,22%). Em termos de formação acadêmica, possui o Ensino Médio Completo (31,37%), integra a Equipe de Saúde da Família (92,99%) e tem renda exclusiva de sua atividade como ACS (86,85%).

Quanto às respostas *qualitativas*, como forma de melhor representação, foram dispostas por opiniões expressas pelos entrevistados, conforme a seguir.

Para obter uma visão aprofundada dos indicadores qualitativos, foram reproduzidas as respostas que continham o posicionamento sobre o salário, condições de trabalho, motivações para atuar como ACS e as melhorias necessárias para a execução de suas atividades, conforme pode ser percebido na fala do entrevistado (ACS_NE_BA_1), transcrita a seguir.

Considera seu salário justo, alto ou baixo e por quê?

Muito baixo, porque a gente bate todas as metas. O meu posto, a Unidade que eu trabalho é a nº 1 da cidade, a gente bate todas as metas e sempre vem dinheiro, mas ele nunca repassa pra gente. Então é muito baixo, não é o que a gente merece. (vide Apêndice B - Bloco I: Identificação/Perfil - Questão K).

Como você avalia as condições de trabalho e salário para desenvolver sua atividade como agente comunitária de saúde?

Muito ruim, muito ruim, além do salário ser baixo pra importância do trabalho que a gente faz, a gente não recebe material de trabalho. Você acredita que a gente tá com 2 anos de pandemia, né, 2 anos já, vai fazer 2 anos, né? A gente recebeu 4 máscaras de pano, a gente nunca recebeu máscara descartável. . . A gente usa máscara descartável que a gente tem que comprar com o nosso dinheiro. Recebia álcool e não recebe mais o álcool em gel que a gente recebia. Hoje a gente. . . quando o vidro da gente tá vazio a gente chega no posto e enche lá no posto mesmo, tendeu? Mas que vinha especificamente pra gente não vem mais, não vem material nem caneta, nem caderno, nada pra gente. Faz 6 anos que a gente não recebe material. É muito difícil, mas o dinheiro chega, sabe? O dinheiro chega na prefeitura, mas eles não cumprem com as responsabilidades.(vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 6).

Quais as suas motivações para atuar como agente comunitária de saúde?

É o amor pelas pessoas (risos). É o amor mesmo. . .O amor pelas famílias, pelos velhinhos, os velhinhos que mora sozinhos, não tem ninguém pra conversar, só tem a gente. Principalmente agora na pandemia que eles ficam trancados, não pode sair de casa. Eu tenho um casal de velhinhos lá perto da minha casa que eles só tem a mim pra conversar, eles não tem mais ninguém. Tem 5 filhos e nenhum filho dá atenção a eles. Então, o trabalho, você trabalha por amor. Há tanto tempo que eu trabalho, há 21 anos eu já criei laços de amizade com muita gente e você. . . aquilo não é sua função, mas por causa que você gosta daquela família, você termina fazendo, ajudando aquela família em coisas que não tem nada a ver com o seu trabalho. Então, é o amor mesmo pelas pessoas (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 7).

Em sua opinião, o que seria necessário para melhorar suas atividades como ACS ou ACE?

Então, além de material que nós não temos pra trabalhar. . . muita coisa mudou na saúde, né, então deveria ter mais. . . deveria ter reciclagem pra gente. Por exemplo, o esquema de vacinação mudou todo, não é o mesmo de quando eu entrei, no início. Mudou todo, as vacinas mudaram, tudo mudou e eles nunca passaram nada pra gente. A gente tem que tá perguntando o tempo todo a técnica, a responsável lá no posto pelas vacinas. Material pra gente fazer sala de espera, sabe? E muita coisa ainda que nós não temos pra trabalhar, não temos mesmo pra incentivar as pessoas, pra fazer um trabalho melhor, não temos. Por exemplo, preservativo que a gente poderia receber pra. . . não tem pros adolescentes. Você fala com o adolescente “você tem que usar o preservativo”, mas você não tem o preservativo pra dar e, as vezes, ele é tão pobre que ele não tem condição de comprar um preservativo. Então a gente trabalha mesmo pelo amor e, as vezes a gente fala “nossa trabalho não tem sentido”, porque nós não temos nada mais pra oferecer pras famílias (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 8).

Destaca-se que a *persona* do Agente de Combate às Endemias - ACE (20,14%), pode ser representada por José da Silva, do gênero masculino (55%), pois o seu perfil representa a maioria dos respondentes (ACE), com idade média de 40 anos, mora e atua profissionalmente no mesmo município (96,81%). José se enquadra nos critérios de classificação do IBGE, quanto à cor/raça/etnia e se define como pardo (65,96%). Em termos de formação acadêmica, possui o Ensino Superior Completo (30,7%), trabalha há cerca de 16 a 20 anos na estratégia saúde da família (ESF)/Atenção Primária da Saúde (28,4%), não integra nenhuma equipe da Atenção Primária à Saúde - APS (51,86%), conseguiu, por meio de processo seletivo, um vínculo empregatício de Servidor Público Estatutário (72,8%), com jornada de trabalho de 40 horas semanais (93,13%) e sua renda é exclusiva da sua atuação como ACE (88,39%).

Para uma visão mais aprofundada o DSC a seguir, reproduz o posicionamento dos participantes do estudo sobre salário, condições de trabalho, motivações para atuarem como ACE e as melhorias necessárias para execução de suas atividades, conforme pode ser percebido na fala dos entrevistados (ACE_NE_MA_2).

Considera seu salário justo, alto ou baixo e por quê?

Razoável, dá pra gente se manter, como também a cidade aqui é pequena, ela não é uma cidade tão - como é que posso falar pra você, tão [inaudível 5:17 - 5:18] gastos, no caso então dá pra gente se manter razoavelmente. (vide Apêndice B - Bloco I: Identificação/Perfil - Questão K)

Como você avalia as condições de trabalho e o salário que recebe para desenvolver suas atividades como ACS e ACE?

Aqui no meu município as condições são muito boas porque a prefeitura entra com a parte dela, sempre da uma ajuda de custo pra gente em termos de combustível, em termo do combustível, tipo assim, na semana ela distribui quatro litros de combustível pra gente, já é um grande avanço nosso em termos do município, porque tem muito município que eles não ajudam as pessoas com essa ajuda de custo, aí aqui a gente toda segunda feira tem essa ajuda de custo, tem os transportes aqui do município que a gente utiliza também, a gente tem aqui umas motos, tem carro próprio da vigilância também e tem sempre essas vantagens aqui do município. Da remuneração, do salário a gente também pretende que aumente né, lógico, a gente tá com a PEC nossa agora, que é a PEC 9 que tá ai no senado, eu tenho certeza que vai ser aprovada e vai ser um grande avanço pras categorias também.(vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 6)

Quais as suas motivações para atuar como ACS ou ACE?

A grande motivação é o reconhecimento que os moradores têm com a gente, a gente tá naquela área que já tem certa afinidade com o morador, a gente é reconhecido no termo de profissional também, é muito cabível também pra gente, a gente se sente muito feliz em estar levando a promoção de saúde para essas pessoas, por isso que a gente se motiva, por isso. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 7)

Em sua opinião, o que seria necessário para melhorar suas atividades como ACS ou ACE?

O que poderia melhorar mesmo seria um prédio próprio pra gente, porque aqui a gente tem o PA mas não é próprio da vigilância, ele é alugado, você sabe que a qualquer hora a gente pode ir pra outro PA, tendo o prédio próprio da vigilância seria um grande avanço pra gente. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 8)

Em relação ao segundo objetivo específico, que buscou *contextualizar os cenários onde acontecem as práticas profissionais dos ACEs e ACSs, segundo tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*. Com base nas questões “Em qual estado você mora?” e “Em qual município?”, foi possível contextualizar os cenários onde ocorrem as práticas e ações executadas pelos agentes de saúde. De acordo com o questionário, a região Nordeste do Brasil foi a que apresentou o maior número de ACS's e ACE's respondentes, com destaque para o Estado da Bahia com aproximadamente 18% desses. Segundo a tipologia municipal rural-urbano proposta pelo IBGE, os ACS's, e ACE's residem em municípios classificados na tipologia 'Urbano', aproximadamente 55% desses profissionais. Entretanto, aproximadamente 28% dos ACEs moram em municípios rurais adjacentes. Outra questão que contextualiza o cenário onde os agentes realizam as ações e práticas referentes aos seus trabalhos está relacionada à pergunta “Reside há quantos anos neste município/cidade?” De acordo com os respondentes, em média, os ACS's residem nos municípios onde trabalham há 37 anos. Quanto aos ACE's, os números apontam que o tempo médio de residência dos respondentes nos municípios onde atuam é de, aproximadamente, 35 anos. Em relação à questão “Você trabalha no mesmo município onde mora?”, a maioria, 99%, dos respondentes (ACS's) disseram que trabalham no mesmo município onde residem. Quanto aos ACE's, aproximadamente 94% trabalham no mesmo município onde residem.

A etapa do estudo que fundamentou o terceiro objetivo específico consistiu em *descrever as concepções e práticas desenvolvidas pelos ACE e ACS, correlacionando-as aos perfis desses profissionais e ao cenário onde atuam, considerando os diferentes municípios, estados e regiões brasileiras*. O ACS, sob a orientação de um supervisor, enfermeiro ou médico da equipe da unidade de saúde, realiza visitas domiciliares, mapeando e produzindo informações com o objetivo de dimensionar os principais problemas de saúde de sua comunidade. Segundo documentos do Ministério da Saúde (MS), são ações do ACS: participar e incentivar organizações comunitárias para debates e discussões sobre

melhorias de vida da comunidade, fazendo o vínculo entre os indivíduos da localidade por ele atendida e os serviços de saúde. Identificar e coletar dados sobre questões sociais, econômicas, sanitárias e culturais e, ciente da realidade coletiva e individual, informar aos demais integrantes da equipe sobre as necessidades, em termos de atendimento à saúde, e a de outras demandas que estejam dentro do escopo de suas responsabilidades para, juntos, desenvolverem estratégias que possam sanar as deficiências constatadas.

Outras atribuições do ACS referem-se a influenciar a comunidade quanto ao uso apropriado dos serviços de saúde, fazer a catalogação periódica de nascimentos e óbitos ocorridos no território onde vive a população sob seus cuidados e elencar as doenças que afetam a população. Uma das atividades dos ACSs é manter contato direto com os membros de sua comunidade para conhecer de perto a realidade onde estão inseridas as famílias por eles atendidas e cadastrá-las junto ao SUS identificando as gestantes e as crianças recém-nascidas até os 6 anos de idade, por meio de visitas domiciliares. Esse profissional representa um elo, o mediador entre instituições governamentais e não-governamentais, associações comunitárias e os indivíduos das localidades por ele atendido, no sentido de executar, no âmbito de sua competência, ações e atividades básicas de saúde coletiva (BRASIL, 1991, 1994, 2009).

Os ACSs atuam profissionalmente sob duas situações distintas, em relação ao SUS: a) vinculados a uma unidade básica de saúde ainda não organizada segundo os protocolos da Saúde da Família; b) vinculados a uma unidade básica de saúde da família, como integrantes da equipe multiprofissional (OPAS, 2018).

De acordo com os participantes da pesquisa, os ACS's, responderam que, em suas práticas cotidianas, realizam atividades em equipe junto à comunidade e participam dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro das famílias (10,3%); fazem visitas domiciliares conforme a periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e de acordo com as necessidades de saúde da população (10,36%), além de orientarem as pessoas quanto à utilização adequada dos serviços de saúde a elas disponíveis (10,19%). Em relação à questão "Outras práticas na UBS", os entrevistados responderam que atuam de modo a promover práticas cotidianas no âmbito da UBS, realizando atividades com a comunidade e a equipe de saúde. Aproximadamente 32% dos ACS's participam das atividades de acolhimento e 21,59% responderam que atuam na parte do planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe.

Para obter uma visão aprofundada em relação ao DSC relativo a esse tópico, reproduz-se o posicionamento do respondente a respeito de sua prática profissional, no que se refere ao processo de formação e construção do conhecimento, conforme transcrição, a seguir, da fala do entrevistado (ACS_NE_BA_1).

O que você pensa a respeito do treinamento recebido para exercer a função de ACS e ACE? (Como o seu treinamento abordou os temas D, Z e C?)

Então, no começo, há 10 anos atrás, há 5 anos atrás a gente recebia muito treinamento. Fazia muito curso, especialização sobre as doenças. Era muito bom, a gente fazia muito curso mesmo, muita. . . Foi um aprendizado muito bom, mas de uns 5 anos pra cá a gente não tá fazendo nada. Nada, nenhuma reciclagem, nada, nada, nada. Se a gente tiver interesse em algo pra aprender tem que correr pra internet, porque depois foi mudando de prefeito e aí os prefeito não. . . os últimos não se interessam, não quer gastar, porque gasta, porque isso, porque aquilo e aí a gente fica sem nada mesmo, a gente tem que aprender sozinho mesmo. Se tiver dúvida tem que correr pra internet, nunca mais tivemos nada de reciclagem. . . Não, nada. Nem a Covid, nem a Covid a gente não teve nenhum treinamento (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 1).

De que modo os materiais didáticos aos quais você teve acesso para a sua formação contribuíram para o desenvolvimento do seu trabalho?

Então, era.. era panfletos, livros vinha livros do Ministério da Saúde, vinha muita coisa boa do Ministério da Saúde, livro. A gente recebia muita coisa sobre DST, a gente recebia muito, hoje em dia não recebe mais nada sobre criança. Tipo as doenças, muito muito a gente recebia muita coisa. Cartilha ensinando e hoje em dia a gente não recebe mais nada. Nem o material pra gente trabalhar a gente recebe (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 2).

De que modo a sua UBS/equipe ESF contribuem para a realização do seu trabalho?

Hmm, não. As salas são pequenas, não tem uma sala específica pra gente. . . pra o ACS trabalhar, por exemplo, as vezes sala de espera, fazer reunião com a comunidade, não tem. É muito pequenininho não tem. Quando a gente quer fazer uma reunião grande a gente tem que pedir o salão da igreja católica emprestado. A equipe sim, a equipe é completa, tá? A equipe tem médico, enfermeira, dentista, fisioterapeuta eh. . . psicóloga, tem o nutricionista, assistente social. A equipe é completa (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 3).

No cotidiano de suas práticas, quais atividades você realiza com a comunidade?

Então, o que a gente mais faz é acompanhar os idosos, as crianças e as grávidas, né. Os idosos, diabéticos, hipertensos acompanhar pra ver a medicação se tá tomando certinho, alimentação eh. . . pessoas que vai na hemodiálise a gente acompanha também pra ver se tá tudo bem. As crianças pra ver se tá com o peso normal, vacina. A gestante o pré natal certinho. Fazemos essas coisas, né. Então sempre tem algo pra fazer e também assim exames, as pessoas botam os exames no posto de saúde, não vai buscar a gente tem que ir lá atrás pra que a pessoa não perca aquele exame que foi marcado, essas coisas. Vacina, ver se as vacinas das crianças tão em dia, se não cobra pra mãe levar. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 3)

E, em relação a D, Z e C, como você trabalha?

Então, como tá em surto a gente faz, mas até que agora não, né, agora estacionou um pouco, mas a gente olha as casas e tal. Sempre quando a gente entra nas casas é difícil porque o povo já se acostumou, por exemplo, na minha área ninguém mais tem criatório de dengue, porque as pessoas já se educaram. Quando tem algum quintal sujo, alguma coisa assim a gente tá sempre pedindo pra limpar e explicando que alí pode ficar doente, mas melhorou muito, muito muito mesmo. Eles hoje em dia não deixa mais os quintais sujo, jogado. Ainda bem, né, em algumas ruas tem algumas pessoas que não.. mas é bem pouco

Você desenvolve quais ações no Programa Saúde nas Escolas (PSE)?

Então, a gente vai nas escolas pra fazer o exame. . . aquele negócio de vista, né, pra ver se as crianças tá precisando de óculos, a gente faz isso. Tem um teste

lá que faz com as crianças pra ver se as crianças tá precisando de óculos, se precisar encaminha pra clínica pra fazer o exame e quem não tem a condição a Secretaria de Ação Social ela dá o óculos a criança (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 4).

Como a pandemia causada pela Covid-19 alterou o seu cotidiano, a sua rotina de trabalho?

Então, quando a pandemia começou foi um choque pra gente, porque a gente não sabia trabalhar com aquela doença. A gente não tem nenhum treinamento como trabalhar com a doença, né? Difícil, a gente ficava com medo de entrar nas casas, como a gente não entra até hoje, até hoje a gente não entra ainda como a gente entrava nas casa, tomava um cafezinho, comia um pedaço de bolo, uma banana, ficava alí papeando um pouco. . . resolvendo os problemas da família, porque o Agente de Saúde resolve o problema da família e aí hoje em dia a gente não pode. Chega no portão, “tá tudo bem?”, como vai, entrega alguma coisa e modificou você fazer uma visita de 20 minutos, 15 minutos hoje você faz uma visita em 10 minutos, 8 minutos e vai embora. Não entra mais na casa, não liberaram ainda.

Não, não tá entrando. E se a gente pegar material, se a gente precisa pegar algum documento, alguma coisa, a gente tá sempre usando álcool, sempre com os mesmos cuidados que a gente tinha no começo. E isso impactou demais, porque você tem uma amizade, por exemplo os idosos, a visita de um idoso é de 40 minutos, porque ele tem muita coisa pra lhe falar e as vezes ele repete a mesma coisa, mas você tem que ouvir, sabe? É uma consulta de psicólogo (risos). E hoje em dia a gente não faz mais isso, por causa da pandemia e também pra prevenir eles, porque a gente tem muito contato com pessoas, né, o dia inteiro. E aí já pra prevenir os idosos mesmo (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 5).

As atribuições do ACE, de acordo com o art. 3º da Lei Federal nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018 (BRASIL, 2018a), consistem em Desenvolver ações educativas e de mobilização da comunidade, relativas à prevenção e ao controle de doenças e agravos à saúde; Realizar ações de prevenção e controle de doenças e agravos à saúde, em interação com os ACS e as equipes de Atenção Básica; Identificar casos suspeitos de doenças e agravos à saúde e encaminhá-los, quando indicado, à unidade de saúde de referência, assim como comunicar o fato à autoridade sanitária responsável; Divulgar, entre a comunidade, informações sobre sinais, sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e sobre medidas de prevenção coletivas e individuais; Realizar ações de campo para pesquisa entomológica e malacológica e coleta de reservatórios de doenças; Cadastrar e atualizar a base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção e controle de doenças; Executar ações de prevenção e controle de doenças, com a utilização de medidas de controle químico e biológico, manejo ambiental e outras ações de controle integrado de vetores; Executar ações de campo em projetos que visem a avaliar novas metodologias de intervenção para a prevenção e controle de doenças; Registrar informações referentes às atividades executadas, de acordo com as normas do SUS; Identificar e cadastrar situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica, relacionada principalmente aos fatores ambientais; Mobilizar a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras formas de intervenção no ambiente para o controle de vetores. Ressalta-se que as atividades dos ACEs não se restringem apenas às ações de

controle das arboviroses. Os ACEs devem desenvolver outras atividades, expressas na lei, assistidos por profissionais de nível superior e condicionados à estrutura da Vigilância em Saúde e da Atenção Básica.

A atuação dos agentes (ACE) no território indica que a atividade “Orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva” representa, 14,95% é a mais prevalente, seguida de “Realiza visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população” com ,11,39% das respostas. Entretanto, a atividade “Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersectoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros” representa apenas, 3,59%. Salientando que 0,85% dos respondentes afirmaram que não realizam nenhuma das atividades mencionadas no questionário. Quanto à questão: *Outras práticas na UBS*: Não houve resposta de ACE's para esta pergunta.

Para uma visão em profundidade, reproduz-se o posicionamento sobre a prática profissional, conforme se nota na fala do entrevistado, (ACE_NE_MA_2).

O que você pensa a respeito do treinamento recebido para exercer a função de ACS e ACE? (Como o seu treinamento abordou os temas D, Z e C?)

Sim, aqui geralmente a gente tem capacitações, não só de Dengue, Zika e Chikungunya mas em outras áreas como saúde mental. . . aí vem a questão também de outubro rosa, sempre essas campanhas, todos os meses tem essas campanhas que a gente participa também. A prefeitura aqui geralmente faz essas capacitações pra gente, envolvendo tanto ACS quanto ACE, porque tem uma preocupação de que a gente pede muito, a gente batalha muito pra conseguir essas capacitações, aí a prefeitura sempre que a gente pede, eles fazem sim essas capacitações pra gente.

Foi logo quando eu entrei, isso em 2000 - a minha última capacitação que abrangeu mesmo, todas as partes da Dengue, Zika e Chikungunya foi em 2011, a nossa última geral, que foi uma semana de capacitação, aí as demais capacitações sempre veem um dia, um período pela manhã, um período pela tarde, sempre tem essas capacitações assim, mas a geral mesmo que a gente teve foi em 2011, que foi uma semana de capacitação. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 1).

De que modo os materiais didáticos que você teve acesso para a sua formação contribuíram para o desenvolvimento do seu trabalho?

A gente recebe, tanto da parte do município quanto da parte da nossa regional, que a gente trabalha pela parte da regional, que a nossa regional aqui é a Itapeuru Mirim, sempre a gente se alinha de acordo com a regional, ela manda uns [inaudível 8:21] pra gente, a gente manda nossos relatórios pra eles pra tá tudo legalizado, tudo certinho. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 2)

De que modo a sua UBS/equipe ESF contribuem para a realização do seu trabalho?

Muito, muito, muito porque a gente trabalha com parcerias, a gente tem nosso PA, que a gente chama que é o nosso posto de atendimento, nosso PA- a gente tem o nosso PA, a gente é cadastrado nas unidades, o que que acontece, a gente trabalha muito em parcerias, a parte do ACS é uma outra parte diferente da nossa,

em termos de visitas, em termos de tratamento, em termos de visita específica né, a nossa é mais focada na dengue, essas endemias. A gente senta e pede pra eles, pro médico, pro agente comunitário, pro enfermeiro sempre trabalhar em parceria com a gente, caso eles na visita de rotina, eles tiverem visitando e tiver algum caso suspeito ou um caso de foco na área, eles sempre estarem entrando em contato com a gente, pra gente poder fazer esse tratamento, lá nessa área específica, mas em turno geral a gente tem nossos agentes que trabalham em todas as áreas do município. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 3)

Em suas práticas cotidianas, quais atividades você realiza com a comunidade?

A gente fica se apresentando, lógico né, que é o agente de endemias da área, tá trabalhando no combate a dengue e faz todo aquele apresentado, aí pede permissão pro morador pra gente poder adentrar o imóvel dele, pra gente poder fazer o trabalho.

E em relação a D, Z e C, como você trabalha?

Faz a inspeção, a inspeção toda peridomiciliar e intradomiciliar, casos cabíveis de tratamento a gente vai fazer o tratamento, caso não a gente só orienta o morador dizendo pra ele continuar com as ações que ele já vem acontecendo, que ele já vem tendo dentro do seu imóvel, e caso tiver algum caso que não seja normal a gente tem que orientar também a eles se adequar de acordo com o que a gente tem que levar, entendeu?

Você desenvolve quais ações no PSE? (Programa Saúde nas Escolas)

Aqui a gente tem uma equipe, essa equipe trabalha justamente nessa parte que você tá falando, educação, aqui a gente chama IEC, não sei em outros municípios como eles chamam mas aqui a gente chama IEC, essa equipe fica especificamente só pra essas ações, mas a gente tem aqui a Educação Permanente Escolar, a gente tem no município.

Assim, quando é em determinado bairro que tá o índice, tipo assim, a educação e saúde hoje vai focar a parte da dengue, uma palestra pro público alvo de adolescentes, vamo entender assim, até 15 anos, 16 anos, ai o responsável por aquela área participa junto com a equipe, naquela escola, entendeu? (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 4)

Como a pandemia causada pela Covid-19 alterou a sua rotina de trabalho?

Porque assim eu creio que no começo foi, como eu posso dizer, foi muito forte no caso, essas informações que vinham, gente dizendo, número elevado de pessoas morrendo e aquela situação todinha, a gente se sentiu um pouco, meio que trêmulo, meio que “meu Deus, senhor Jesus Cristo”, acontece com nossos vizinhos, acontece com os nossos amigos de trabalho, acontece lá longe, lá fora, a gente se sentiu com medo, “senhor daqui uns dias é na nossa porta”, aqui foi assim, a gente teve muito medo da primeira forma como veio, aí depois a questão da vacina, a questão do distanciamento mesmo, a questão dos protocolos que a gente estava seguindo, isso tudo foi amenizando o impacto do que aconteceu no primeiro momento, aí depois [inaudível 20:52] já foram diminuindo mais o foco.

Isso, naquele primeiro momento foi o lockdown, todo mundo mesmo em casa, todo mundo mesmo mais família, aí nosso trabalho mais era via plataformas, via comunicação, levar o melhor para nossas comunidades via celular. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 5)

Por meio dos Indicadores, é possível aplicar a informação incorporada, obtida a partir das respostas dos questionários, na solução de problemas, em conformidade com o enunciado da questão “Analisa e sabe utilizar a informação obtida para resolver problemas?” Opiniões expressas pelos entrevistados; Distribuição por Bloco geral, Brasil.

Para fundamentar o quarto objetivo específico, *Mapear os fluxos formais de informação nos diferentes ambientes de atuação dos ACE e ACS, bem como os instrumentos utilizados para coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação do conhecimento por meio da comunicação comunitária, objetivando criar estratégias e/ou ferramentas de apoio ao desenvolvimento de suas atividades cotidianas e que possam auxiliá-los em tomadas de decisões.* A esse respeito, destaca-se, inicialmente, alguns conceitos importantes. Dentre eles, o enunciado que diz que “A informação se constitui em elemento natural dos ambientes organizacionais, visto que toda ação tem origem na informação que por sua vez resulta em nova informação.” (VALENTIM, 2010 p. 13). A conclusão a que se chega, partindo desse pressuposto, é que os fluxos de informação objetivam a ação.

“Os fluxos de informação ou fluxos informacionais se constituem em elemento fundamental dos ambientes informacionais, de tal forma que não há ambiente informacional sem haver fluxos de informação e vice-versa” (p. 13)

Nesse contexto, compreender os fluxos de informação significa entender o tráfego da comunicação dentro de uma estrutura comunicacional e sua complexidade, pois toda ação tem origem em uma informação e resulta em uma nova informação. Para Valentim (2010), os fluxos de informação são componentes orientadores da comunicação e suas dinâmicas, que variam conforme a cultura de cada organização.

Para embasar as discussões sobre esse quarto objetivo, destaca-se esta questão: “Como você se comunica com as famílias do seu território?” De acordo com os respondentes (ACS's), 33,04% afirmaram que a melhor forma de se comunicarem com as famílias é por meio da visita domiciliar, seguido das redes sociais e do telefone, com 25,78% e 20,29%, respectivamente. Para obter uma visão abrangente em relação à questão em destaque, reproduz-se o posicionamento, resultante do DSC, sobre a forma de comunicação do agente de saúde com as famílias do seu território, conforme se observa na transcrição da fala do entrevistado, (ACS_SE_RJ_1).

A minha preferência eh o pessoal né, eu junto com a família sentar e conversar passar a informação pessoalmente. Tem utilizado ultimamente muito a rede social WhatsApp porque também é mais rápida, só que não é tão eficiente quanto a presença né da pessoa duas pessoas sentando e conversando, olho no olho, [riso] eu acho melhor - (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 10)

No caso dos respondentes ACE's, cerca de 64,66% afirmaram utilizar a visita domiciliar como meio de se comunicarem com as famílias de seu território. Destes, 12,54% e 10,31% disseram utilizar o Whatsapp/Telegram/Signal e o telefone, respectivamente, como forma de se comunicarem com a comunidade de seu campo de abrangência. Reproduz-se, com o objetivo de obter uma visão mais profunda em relação à questão que norteia esta etapa do estudo, o posicionamento resultante do DSC que discorre sobre a forma de comunicação do agente de saúde com as famílias do seu território, conforme registro da fala do

entrevistado (ACE_SE_ES_1).

Hoje seria as visitas que a gente faz que a gente também tem um contato muito bom com a comunidade, o telefone e as redes sociais (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 10)

Em relação ao questionamento “*Como você se comunica com a sua equipe?*”, 32,75% dos ACS's respondentes afirmaram utilizar as redes sociais (Whatsapp/Telegram) para se comunicarem com sua equipe. O uso do telefone e da sala de espera das unidades de saúde, foram as demais opções citadas, com 23,91% e 18,35%, respectivamente. No caso dos ACE's, 33,14% dos respondentes afirmaram utilizar o Whatsapp/Telegram/Signal para se comunicarem com a sua equipe, seguido do Telefone e Sala de Espera das UBS, com 21,59% e 17,37%, respectivamente. Cerca de 11,14% disseram utilizar outros meios para se comunicarem com a equipe.

Por meio destes Indicadores, é possível identificar seleção de canais de informação especializada, no âmbito da saúde. (Seleciona canais de notícias de informações especializadas em saúde)

O quinto objetivo específico desse estudo buscou *Compreender quais são as modalidades práticas baseadas em Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal) desenvolvidas pelos ACEs e ACSs e qual a influência desses conhecimentos na efetividade do trabalho que realizam junto às equipes de Atenção Básica de Saúde, segundo as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no apoio e orientação das famílias e demais membros das comunidades onde atuam.*

Para contextualizar esse objetivo, faz-se necessário destacar as diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF) definidas em 1997, pelo Ministério da Saúde (MS) e caracterizadas como instruções operacionais. De acordo com o MS (BRASIL, 1997), as diretrizes da ESF são: caráter substitutivo, complementaridade e hierarquização; adscrição da clientela; cadastramento; instalação das unidades de Saúde da Família; composição das equipes; e atribuições das equipes. Ainda, de acordo com o MS, a Unidade de Saúde da Família tem como um dos seus objetivos a realização de ações que garantam atenção contínua à coletividade, na forma de proteção social básica, extensiva aos indivíduos, bem como às famílias atendidas pelos programas de saúde coletiva.

A ESF é composta por uma equipe multiprofissional habilitada a desenvolver atividades e práticas que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde, com o objetivo de garantir o bem-estar coletivo (BRASIL, 1997). É considerada como o primeiro contato da população com o serviço de saúde, a porta de entrada dos cidadãos no SUS. Cada uma das unidades de Saúde da Família está localizada em um território, possui a sua abrangência e uma área sob sua responsabilidade. É possível que haja mais de uma equipe de profissionais em um único espaço geográfico, a depender do número de famílias vinculadas à UBS.

A equipe de saúde da família é multiprofissional, composta de um médico generalista ou de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e de

Agentes Comunitários de Saúde. Realizar cadastramento de famílias através de visitas domiciliares, caracterizando esta atividade como o primeiro contato da unidade de saúde e respectiva equipe com a comunidade, é uma das atribuições desses profissionais.

Os agentes de saúde compõem a base de atuação das equipes, estão vinculados às unidades básicas de saúde e exercem atividades indispensáveis, tais como visitas domiciliares com a finalidade de monitorar as condições sanitárias em que vivem as famílias de seus territórios de atuação. A rotina desses profissionais consiste em realizar visitas programadas ou voltadas ao atendimento de demandas espontâneas, segundo critérios epidemiológicos e de identificação de situações de risco. O acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde, por microáreas, selecionadas no âmbito dos territórios de responsabilidade das unidades de Saúde da Família, representa um componente facilitador para a identificação das necessidades da comunidade e para a racionalização do emprego dessa modalidade de atenção (BRASIL, 1997).

Ainda, de acordo com objetivo específico da ESF, item VI:

Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;(BRASIL, 1997, p.10)

O destaque, referente ao objetivo específico da ESF, item VI, que discorre sobre a democratização do conhecimento, remete ao tema Informação e Educação em Saúde (IEC), aprovado no Conselho Nacional de Saúde, em setembro de 1996, conforme item nº 2.47, do referido documento, a seguir transcrito:

que pede a implementação de “ações de Educação e Saúde para capacitação de trabalhadores em saúde, os movimentos sociais e para a população como um todo, baseados em propostas que visem o fortalecimento do SUS, ao exercício da cidadania e à uma compreensão de saúde ligada à qualidade de vida, através da utilização de metodologias participativas e democráticas”;

Os postulados que embasam cada disciplina que compõe essa tríade: Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC) se associam e se entremeiam às políticas de saúde. Uma das premissas da IEC é a busca por um vocabulário que integre símbolos e valores culturais e regionais, possibilitando o envolvimento da coletividade nas questões da compreensão da saúde como um direito e à educação como um dever do Estado. A *educação* em saúde consiste em uma união de saberes e práticas que são dirigidos para a promoção da saúde e prevenção de doenças. A *informação* no âmbito da saúde está relacionada à estruturação de dados, com o propósito de dar suporte à tomada de decisões, de modo a interferir em uma dada realidade. A *comunicação* em saúde está relacionada ao interrelacionamento da educação sanitária com as técnicas aplicadas na elaboração de propagandas, as quais são usadas como mecanismos de apoio nas ações de combate aos vetores causadores de endemias.

Ao combinar esses três conceitos, os embasamentos destas áreas do saber, é possível apoiar e executar ações que possibilitem a conexão entre conhecimento teórico e empírico, condição imprescindível para atuação dos agentes de saúde (IGNARRA, 1996;

COSTA e LÓPEZ, 1996; MOTA, 1995; RODRIGUES, 1995).

Para obter uma visão em profundidade sobre a importância da Informação, Comunicação e Educação em Saúde no contexto da saúde coletiva, reproduz-se o posicionamento DSC sobre as principais fontes de informação utilizadas pelos agentes de saúde para sanarem dúvidas nos seus ambientes de trabalho, conforme trecho da fala do entrevistado, (ACS_NE_BA_1).

Então, quando eu tenho dúvida em alguma coisa eu converso com a minha equipe, com a minha enfermeira, com o médico e se eu não conseguir tirar a dúvida eu vou pra internet mesmo

Dessa forma, né. Dessa forma também que a gente. . . que nós procuramos informação, né, não muito, não vou dizer que a gente trabalha muito com Chikungunya e dengue não, mas a gente ajuda um pouco por causa que temos Agentes de Endemias, né. Eles são poucos, são bem poucos e aqui na cidade é muito poucos e aí a gente dá uma ajuda. Ajuda eles. A informar as pessoas sobre a doença, Chikungunya mesmo tem um centro lá de reabilitação, tem pessoas que ficam com sequelas e a gente vai informar aonde encontrar o médico, aonde fazer a fisioterapia essas coisa (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13)

Para embasar as discussões sobre esse quinto objetivo específico, destaca-se a questão quantitativa “Quais as principais fontes de informação que você utiliza para tirar dúvidas nas suas atividades como agente?” De acordo com os respondentes, as principais fontes de informação que os ACS's utilizam para sanarem dúvidas relativas às suas atividades como agentes de saúde, 24,99%, é à própria equipe da Unidade de Saúde. 16,86% informaram que consultam o Whatsapp e conversam com outros agentes quando necessitam de suporte para a realização de seus trabalhos. No caso dos ACE's, as principais fontes de informação que os ACE's utilizam para tirar dúvidas em relação às suas atividades como agentes de saúde, 16,12% dos respondentes usam o Whatsapp como ferramenta de apoio, enquanto outros 12,84% informaram entrar em contato com a própria equipe quando é necessário obter subsídio para a realização de suas atividades profissionais . A consulta ao material de apoio recebido nos treinamentos atinge um percentual semelhante ao do contato com a equipe, perfazendo 12,64% do total de respostas obtidas com a realização da pesquisa. O Instagram e o Facebook foram as duas redes sociais citadas pelos respondentes, alcançando os percentuais de 1,46% e 2,07%, respectivamente, indicando que são as fontes de consulta menos utilizadas para sanarem questionamentos sobre suas atividades laborais.

Por meio dos Indicadores, é possível identificar as fontes de informação utilizadas como referenciais no contexto da saúde. (É capaz de identificar e selecionar fontes de informação de diferentes tipos).

Ao contextualizar o sexto objetivo específico, foi possível *Verificar quais são as estratégias e os instrumentos utilizados pelos ACE e ACS para colocar em prática os seus conhecimentos sobre Informação, Educação e Comunicação em Saúde, na perspectiva de prevenção e promoção da saúde coletiva .*

Para embasar as discussões sobre esse objetivo, é importante evidenciar três destaques em relação ao trabalho desses profissionais, a começar pelas ações que os agentes realizam para colocar em prática os seus conhecimentos, na perspectiva de promoção da saúde coletiva. É preciso que os agentes de saúde recebam treinamento e capacitação contínua para desempenhem com eficiência as suas funções. A segunda ressalva refere-se às atividades desenvolvidas no território onde atuam e a terceira são os fluxos de informação, os canais pelos quais circulam os conteúdos relativos à saúde.

Para dar início às discussões, será feita a análise de parte da questão que norteia esse quinto objetivo específico “*Você considera satisfatório o treinamento introdutório que recebeu para exercer a função de ACS ou ACE?*” Para a função de ACS, grande parte dos respondentes (73,06%) consideraram que o treinamento recebido foi satisfatório, enquanto que cerca de 9,49% dos entrevistados afirmaram não terem recebido treinamento. Grande parte dos ACE’s que responderam o questionário, num total de 74,49% dos entrevistados, consideraram satisfatório o treinamento introdutório recebido, enquanto que cerca de 19,83% afirmaram não estarem satisfeitos em relação a esse quesito. É importante destacar que, aproximadamente, 5,68% dos respondentes afirmaram não terem recebido treinamento.

Quando perguntados sobre quais áreas-temas específicos receberam capacitação, tais como prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya, 55% disseram ter recebido treinamento. Quanto a serem instruídos em relação aos meios de se comunicarem com a comunidade, 13,91% disseram ter recebido orientações a esse respeito e 13,52% marcaram a opção Outros. Quando perguntados sobre quais áreas-temas específicos receberam capacitação, o tema Saúde da Mulher totalizou 10,2% das respostas, Hipertensão arterial, 10,6% e Diabetes Mellitus, 9,71%.

Para obter uma visão em profundidade sobre os tópicos treinamento e capacitação recebidos pelos agentes de saúde, com vistas a dar-lhes suporte em suas práticas e ações na promoção da saúde coletiva, temas que embasam esse sexto objetivo específico, reproduz-se, o posicionamento DSC, que contém a íntegra das respostas dos entrevistados (ACS_NE_BA_1).

“O que você pensa a respeito do treinamento recebido para exercer a função de ACS e ACE?” (Como o seu treinamento abordou os temas D, Z e C?)

Então, no começo, há 10 anos atrás, há 5 anos atrás a gente recebia muito treinamento. Fazia muito curso, especialização sobre as doenças. Era muito bom, a gente fazia muito curso mesmo, muita. . . Foi um aprendizado muito bom, mas de uns 5 anos pra cá a gente não tá fazendo nada. Nada, nenhuma reciclagem, nada, nada, nada. Se a gente tiver interesse em algo pra aprender tem que correr pra internet, porque depois foi mudando de prefeito e aí os prefeito não. . . os últimos não se interessam, não quer gastar, porque gasta, porque isso, porque aquilo e aí a gente fica sem nada mesmo, a gente tem que aprender sozinho mesmo. Se tiver dúvida tem que correr pra internet, nunca mais tivemos nada de reciclagem. Não, nada. Nem a Covid, nem a Covid a gente não teve nenhum treinamento (vide Apêndice B - Bloco II: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 1)

“De que modo os materiais didáticos aos quais você teve acesso para a sua formação

contribuíram para o desenvolvimento do seu trabalho?”

Então, era.. era panfletos, livros vinha livros do Ministério da Saúde, vinha muita coisa boa do Ministério da Saúde, livro. A gente recebia muita coisa sobre DST, a gente recebia muito, hoje em dia não recebe mais nada sobre criança. Tipo as doenças, muito muito a gente recebia muita coisa. Cartilha ensinando e hoje em dia a gente não recebe mais nada. Nem o material pra gente trabalhar a gente recebe (vide Apêndice B - Bloco II: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 2)

“De que modo a sua UBS/equipe ESF contribuem para a realização do seu trabalho?”

Hmm, não. As salas são pequenas, não tem uma sala específica pra gente. . . pra o ACS trabalhar, por exemplo, as vezes sala de espera, fazer reunião com a comunidade, não tem. É muito pequenininho não tem. Quando a gente quer fazer uma reunião grande a gente tem que pedir o salão da igreja católica emprestado (vide Apêndice B - Bloco II: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 3)

Na questão - “No seu cotidiano, você sente necessidade de treinamentos sobre quais temas da Atenção Primária à Saúde/Estratégia Saúde da Família?” Cerca de metade dos ACS's entrevistados afirmaram sentir necessidade de treinamentos nos temas sobre Saúde Mental, Ações voltadas para o Idoso e Ações voltadas para os Adolescentes.

Na questão - “Nas suas práticas diárias, você sente necessidade de treinamentos sobre quais temas?” Os resultados obtidos a partir da aplicação desta questão apontaram que os temas prevalentes, que as áreas nas quais os ACE's mais necessitam de treinamento estão nos campos das Ações de Vigilância Epidemiológica - Notificação Compulsória de Doenças, com 17,55% do total das respostas; do Controle de fatores de risco (químicos, físicos, biológicos, mecânicos, acidente de trabalho, ergonômicos, organização do trabalho e sociais), com 15,75%, seguido de Controle de Vetores, com 14,42%, Comunicação em Saúde, com 11,4% e de Combate a Desinformação, com 10,8%, sendo que esses dois últimos representam a necessidade dos agentes de saúde em relação a treinamentos sobre Informação, Educação e Comunicação em Saúde.

Em relação às discussões sobre as atividades desenvolvidas no território onde atuam, inicia-se esta análise com a questão *“No cotidiano de suas práticas, que atividades com a comunidade e a equipe você realiza?”* Esse questionamento parte do ponto de vista de sua *atuação no território* onde vivem ou trabalham os indivíduos e famílias sob responsabilidade de sua equipe de trabalho.

As respostas dos entrevistados sobre o perfil de atuação do ACE no território sob sua responsabilidade, apontam que a atividade “Orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva” se destacou entre as demais, onde 14,95% do total de respondentes marcaram esse item, seguida do tópico “Realiza visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população”, com 11,39% das respostas. A atividade “Desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território durante as visitas

domiciliares“ apresentou um total de 10,77% do total das respostas. Ressalta-se que 3,59% dos respondentes afirmaram que não realizam nenhuma das atividades mencionadas no questionário.

Em relação às práticas cotidianas no âmbito do território onde atuam, mais especificamente sobre as atividades realizadas com a comunidade e a equipe de saúde, mais de 10% dos ACS's entrevistados responderam que “participam dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro das famílias; realizam visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população e orientam as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.”

Quanto a “*Outras práticas na UBS*”, no que se refere à atuação na UBS, às atividades realizadas com a comunidade e a equipe de saúde, os ACS's respondentes, em sua maioria (aproximadamente 32%) afirmaram que participam das atividades de acolhimento. Em torno de 22% responderam que fazem planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe e mais de 15% apontaram que realizam classificação de riscos. Não houve resposta dos ACE's para esta pergunta.

De acordo com Valentim (2010), compreender os fluxos de informação é compreender o fluxo de uma estrutura comunicacional e sua complexidade, pois toda ação tem origem em uma informação e resulta em uma nova informação.

O presente estudo, no que se refere ao perfil de atuação dos agentes de saúde nos territórios sob suas responsabilidades, as respostas dos entrevistados apontam que a atividade “Orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva” prevaleceu sobre as demais. Com relação às práticas cotidianas no âmbito da UBS, no tocante às atividades realizadas com a comunidade e a equipe de saúde, os ACS's respondentes, em sua maioria (aproximadamente 32%) afirmaram que participam das atividades de acolhimento. 33,04% dos ACS's entrevistados afirmaram que a melhor forma de se comunicarem com as famílias é por meio da visita domiciliar.

Aproximadamente 64,66% dos ACE's respondentes afirmaram que utilizam a visita domiciliar como meio de se comunicarem com as famílias de seus territórios.

Quanto às formas de comunicação com as equipes, um total de 32,75% dos ACS's respondentes afirmaram que utilizam as redes sociais (Whatsapp/Telegram) como meio de estabelecerem contato entre si. 33,14% dos ACE's participantes do estudo afirmaram que se comunicam com a equipe por meio do Whatsapp/Telegram/Signal.

Com base no que foi relatado pelos ACS e ACE nos formulários de pesquisa, percebe-se que o treinamento e a capacitação profissional são essenciais para que possam desempenhar com eficiência as atividades desenvolvidas nos territórios onde atuam e que os fluxos de informação os amparam em relação a colocarem em prática os conhecimentos que possuem, na perspectiva de promoção da saúde coletiva.

O sétimo objetivo específico teve a finalidade de *Propor, a partir do levantamento das lacunas observadas com a realização desta pesquisa, a elaboração de um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação das necessidades informacionais dos ACEs e ACSs com o intuito de melhorar as suas práticas profissionais.*

Para alcançar uma visão mais ampla em relação a esse objetivo, serão reproduzidos, a seguir, os posicionamentos DSC de vários discursos obtidos a partir das informações coletadas por meio das entrevistas com os agentes de saúde, os quais refletem o cenário de carência de suporte operacional, principalmente em termos de tecnologia, que afeta o trabalho desses profissionais. O objetivo, aqui, foi realizar um diagnóstico situacional com o intuito de definir estratégias e identificar as necessidades informacionais dos ACEs e ACSs, conforme demonstram as falas dos entrevistados, transcritas a seguir.

Na questão 09 “Como as Tecnologias de Informação e Comunicação contribuem para a realização do seu trabalho?”, classificada como categoria A “Como ferramenta de trabalho”, ficou evidente que existem lacunas que precisam ser sanadas, conforme relato dos respondentes citados a seguir:

Então, não tem contribuído muito não(CE1), nós está com tablet contado comprado pra dar pra gente nós temos 7 comprado aí desde faz dias já e até hoje não foi dado para gente e aí a gente pensa que a gente, olha computador eu comprei um notebook para fazer meu trabalho e aí tem vez que vai apertando a gente não tá conseguindo fazer e eu não posso deixar a produção(AC1), as coisas sem fazer então eu acho como eu preciso eu vou e compro, aí eu preciso disso a gente vai ter que comprar, ou a gente fica sem, ou pedir para um colega que tem, sempre fica assim se humilhando né e é muito ruim isso daí essa parte de tecnologia para nós aqui o equipamento tá sendo muito ruim.(AC2) Não “tô” conseguindo, o celular da gente eu vou ter que fazer uma ligação alguma coisa assim celular é da gente aí manda muita mensagem em vários grupos né e é muita informação aí no caso telefone da gente não aguenta (CE4)um ano e já estraga aí você tem que comprar outro (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) - (ACS_N_RO_1)

Nós não temos neh... assim a única coisa que a gente tem, é cada um com a sua rede social(CE1) né, nem a prefeitura mesmo tem uma plataforma de tu dar informações sobre... sobre a questão da Saúde(AC1) fala mais sobre a página que a prefeitura tem mais sobre covid-19, o endemista, se você precisar de algum site não tem nada não tem nada, então acho que ajudaria muito porque as pessoas teriam mais informações (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) - (ACE_CO_GO_1)

Não a gente precisaria desenvolver uma melhor comunicação com as... usar melhor as mídias, só tivemos a época que usou e surtiu efeito, então aí muda a gestão, muda a coordenação, então isso vai de coordenação pra coordenação, vai de gestão pra gestão essa questão de usar melhora a comunicação, a mídia e a gente fica atrelado as decisões deles (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) - (ACE_S_PR_1);

Contribuem, contribuiu sim e muito, mas por outra parte, eu me sinto assim, porque nem todo mundo sabe usar né, telefone, muita gente não usa aqui na minha localidade, entendeu...? Não tem esse negócio de internet, principalmente os idosos, entendeu? Mas os mais novo não, que nem nessa epidemia que a gente visitava as família de longe, teve um período que não liberaram de a gente fazer visita, era pelo telefone né, tudo era pelo telefone, ajudou e muito, muito mesmo, até

o município da gente tá fazendo um aplicativo pra tudo sair digitado pelo celular, quando eu tiver fazendo uma visita(AC1), ele já saber que tô naquela família, entendeu...? (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) -(ACS_NE_CE_1);

(...) eh agora a gente com tá trabalhando com os tablets- eh teve pouco assim aceitação da da da dos ma- principalmente dos mais velhos assim que trabalham na área né, porque tão acostumado a não trabalhar- trabalhar com tecnologia(AC1), eu vejo que na área da saúde eh pra pro campo assim vou falar a cidade ACS de ACE é há muito como que fala resistência de colocar tecnologia funcionando sabe assim pelo profissional eu tô falando assim pelo profissional da área mesmo, quando a secretaria vem com essas ideias assim parece que o pessoal bloqueia(...) - (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) -(ACS_SE_MG_1);

(...) A tecnologia também traz prejuízo porque o mesmo veículo que eu utilizo uma informação eh correta eh também é utilizado para uma informação que vai trazer prejuízo para comunidade fake News (...) - (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) (ACS_SE_RJ_1);

(...) Hoje em dia isso ai é uma faca de dois gumes, sempre que ajuda também pode atrapalhar (...) (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 9) (ACS_SE_SP_1)

Na questão 10 “Como se dá o processo de comunicação entre você e as famílias do seu território?”, classificada como categoria A “Visitas domiciliares”, os relatos dos respondentes demonstram que existem lacunas a serem supridas, conforme fala citada a seguir:

Boca a boca, o dia a dia, o respeito, a dificuldade da informação, eu lido muito com pessoas semianalfabetas, pra eu usar um linguajar que ela consiga entender... então a fala ela é fundamental (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 10) (ACE_NE_PB_1);

Na questão 11 “Como se dá o processo de comunicação entre você e as famílias do seu território?”, a opção definida como categoria B “Pessoalmente”, totalizou 48,08 % das respostas dos entrevistados, seguida da opção A “Com o uso de grupos de whatsapp”, com 46,15%. Entretanto, apesar do equilíbrio apresentado pelos números, existem lacunas que precisam ser supridas, como pode ser constatado nos trechos transcritos a seguir:

Não, não. Muito pouco muito pouco... agora você tem que vir internet 24 horas mesmo. Tanto é que eu só usava internet da minha casa. Agora, eu tenho que ter os meus dados móveis ligados. Porque o cliente (usuário) costuma chamar e você atender. Então você tem que ter. Só que o município não dá, você que paga (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 11) (ACS_CO_MS_1);

Olhe, em comunicação com a equipe funciona em anotações de blocos(AC1), nós temos uns bloquinhos, nós fazemos anotações nos bloquinhos, informando, aí nós repassamos pra os supervisores, que nós temos supervisores rodando, auxiliando e fiscalizando o nosso trabalho também, auxiliando a necessidade de fiscalizando o tipo de trabalho que nós estamos fazendo também. Nós anotamos em bloquinhos e passamos a ele no campo. Em outras situações, eu também faço parte (de lá e é o seguinte), as vezes eu tiro foto de situações e encaminho, quando eu vejo uma situação mais complicada, eu já encaminho no WhatsApp pro coordenador de endemias.(EC2) (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 11) (ACE_NE_AL_1);

Na questão 12 “Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?” destaca-se, com 75,00% das respostas dos entrevistados, a categoria A “Na Unidade de saúde e com o agente de saúde”. Entretanto, percebe-se que existem lacunas que precisam ser observadas, conforme transcrição das falas, como se segue:

é uma área muito carente, de tudo né, informação despromete, né, assim, geralmente essas pessoas se informam no boca a boca mesmo, porque na unidade básica de saúde, o agente comunitário, faz um papel fundamental, que é levar a informação, trazer aquela coisa toda e se não tivesse agente de saúde, como é que esse povo ia se informar? (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 12) (ACE_NE_PB_1);

No micro do micro do meu território eu acho que é mais boca é muito difícil uma pessoa- porque assim eu falo de um território micro onde o a escolaridade das pessoas é o ensino fundamental incompleto então falo de um território que a leitura eh mesmo de rede social, o as pessoas escutam o áudio ou a pessoa conversa com vizinho, muito difícil você ver uma pessoa com livro na mão olhando alguma coisa no WhatsApp é mais no whatsapp o o rede social, facebook o qualquer outra rede social, eu tenho essa dificuldade então quando eu vou é muito importante eu estar no território devido a isso as pessoas vão me ouvir falar que se eu tiver mandar alguma coisa para alguém, tem que ser áudio, eu sei que a pessoa vai compreender no meu micro é desse jeito a comunicação é mais pessoal, rede social áudio. – (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 12) (ACS_SE_RJ_1);

Eu acho que tem não onde o pessoal busca informação, pra você ter noção, questão de ele não estar nem muito preocupado, tipo assim as pessoas se preocupam quando atinge elas, no caso, porque os meninos que visitam as residências, todas as residências em que eles vão encontram criadouros do mosquito de Dengue, então assim, estamos a mais dez anos falando sobre dengue e parece que está tendo um retrocesso, as pessoa não tão nem aí, parece, aí só preocupa quando a doença atinge, então no meu município acho que as pessoas não estão muito preocupadas não. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 12) (ACE_N_RO_1);

Não, eles têm outras informações sim, televisão. . . eles têm tudo. Mas na hora lá quando eu pego alguma coisa de errado. . . às vezes a pessoa tá com dúvida de alguma coisa e recorre a mim, aí eu recorro ao google, ao youtube. Mas lá tem televisão, tem alguns lotes que já conseguiram colocar até fibra óptica e internet. Mas tem pessoas muito humildes ainda que é semianalfabeto e não tem nada ainda. A gente repassa a informação que é repassada pra gente passar pra eles (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 12) (ACE_CO_MS_1);

No Google. . . Perguntam se é verdade, se não é. . . Sim, é, perguntam, ontem mesmo eu recebi um desses. . . uma pergunta desesperada que fui ficando angustiada e corri pra enfermeira na hora, mas ela. . . e ela ainda mandou o print que fez a pesquisa no Google, e eu ainda ri e disse assim “Mulher, se tu levar uma topada, o Google diz que você tá com câncer, pelo amor de deus, liga pra mim, que ai eu te respondo, não vai pro Google nao” porque muitas vezes. . . “Mas não é verdade eu digo “Não, não é verdade, não necessariamente, até o google disse procure orientação médica” ela disse “Eu vi” então, ligue pra mim, na hora C., que eu ligo pro médico, eu ligo pra enfermeira, eu ligo pra dentista e eu lhe dou a resposta correta, mas eles vão muito, muito, muito pro google (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 12) (ACS_NE_PB_1);

Na questão 13 “Quais as principais fontes de informação?”, o destaque foi para a categoria C “Equipe”, com 42,59 % do total das respostas. Entretanto, evidenciam-se lacunas a serem sanadas , a partir dos relatos dos respondentes, como se segue:

Ó como eu digo, as redes sociais ela facilita muito a nossa vida, mesmo sem a gente estar recebendo capacitações, mas isso não impede a gente estar buscando informação no Google. Eu gosto de pesquisar no Google. Toda dúvida que eu tenho eu coloco no Google. Né? Eu tiro muito a minha dúvida no Google. Eu faço muita pesquisa. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACS_NE_MA_1);

Igual eu te disse, há muito tempo que não há uma reciclagem eh, às vezes quando eu tenho alguma dúvida eu vou no Google. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACE_SE_MG_1);

Têm doutor Google? É por aí, eu tenho muita apostila, mas hoje em dia é tão tecnológico, é tão digital, que às apostila tão guardada, pronto, eu. . . é flebotômico, é uma espécie de mosquito, é, a leishmaniose que é o calazar í eu, abri esses dias a pasta né do flebotômico, eu queria saber qual é a genitália dele, porque eu não lembrava qual era o macho e qual era a fêmea, ai eu abri, mas eu tive tanto trabalho pra procurar nas pasta, que eu botei no google e o google na mesma hora saiu, ai eu disse “é o poder da internet”. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACE_NE_PB_1);

Olha eu procuro muito o Proerd, sabe, que repassa muitas informações, o Proerd, o Ministério da Saúde, mas eu acho que Ministério da Saúde tem pouca informação, para gente. Ele não se detém em se aprofundar no trabalho realmente, ele só fala o principal. Ali na na ponta mesmo porque a gente tá passando, que a gente faz, ele não se detém a isso. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACE_N_AP_1);

Como eu disse desde o início da nossa conversa, do nosso diálogo, que é o que, eu passo por dia, duas horas horas e meia estudando, pesquisando, lendo, se eu não faço isso, eu não tenho como levar em pleno século XXI uma boa educação em saúde para minha comunidade, eu tenho que me preparar, eu tenho que fazer essa busca ativa junto aos órgãos de controle, fazer essa busca ativa junto aos órgãos dos sistema único de saúde porque são eles que trazem para mim as informações, e eu preciso dentro daquelas informações mediante a confiabilidade dos órgãos, eu preciso fazer um enxugamento daquelas informações, para que quando que eu fizer aquilo e levar para comunidade no outro dia o que tem de melhor, o que é que tá se passando, qual é o verdadeiro cinturão de vida, de prevenção da política administrativa, o que gente não só pode falar de saúde pública no modo cotidiano, a gente precisa falar de tudo, mostrar a população que ela é parte essencial de uma construção. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACE_NE_PE_1);

Eu busco essas informação diretamente no nível regional, que é na 10ª regional. Aqui eu tenho uma coordenação regional, então eu ligo pra lá que atua na fonte. Não pego informação de terceiros [...] Eh... que internet geralmente como nois trabalha aqui não tem muita... a questão do programa (18:06) não tem internet, né. Então é nois mesmo que tem as informação [...] Eu pego direto com o... com os enfermeiro responsável, né. As enfermeiras responsáveis e a gente liga pra eles e vê com eles, porque nois mermo as informações é sobre o controle, né. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACE_N_PA_1);

Na questão 14 “Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?”, observa-se que a categoria A “Prejudica e ficamos desacre-

ditados”, totalizou 46,15 % das respostas dos entrevistados. É possível observar, pelos relatos dos agentes de saúde, a existência de lacunas que precisam ser tratadas, conforme demonstram as falas a seguir transcritas:

as principais dificuldades que essas informações faltas trazem para nós e a descri-bilidade ne por conta pela população em relação as ações que nós desenvolvemos porque e a partir do momento que e passado um fake news, uma resposta negativa que e uma coisa que não e verdadeira pra a população, nos encontramos dificul-dade quando nós queremos realizar uma ação de prevenção, como e o caso das vacinas de covid, ne, surgiram muitos boatos que era perigoso que a população morria, então isso prejudicou o processo de imunização e isso foi constatado que após o processo de imunização acabou com os números alarmante de mortes, entendeu, as pessoas adoeciam, mas eram casos mais leves, então uma das causas ainda tive que traz a informação falsa e isso. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACS_N_AC_1);

Ah, é assim às vezes para quando que utiliza o WhatsApp, é que tá começando a até informação né, aí qualquer coisa que eles “vê” lá eles “acha” que é verdade aí tem coisas que sai aqui que menina do céu para tirar para tirar da cabeça deles. . . não existe, aqui que nem a vacina, a vacina matava meio mundo do covid a vacina do covid que parece que gente tomou e tá caindo dura e tal, aí para a gente tirar isso da cabeça deles e conscientizar dele que a aquilo era mentira é muito difícil porque ele falava “Mas eu vi o vídeo” eu vi um monte de pessoa lá fazendo isso, então essa informação é muito difícil para a gente porque daí acaba a gente se passando por mentiroso né e é uma coisa que nós estamos falando a verdade que nós acaba sendo os mentirosos. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACS_N_RO_1);

Drástica. Porque, uma informação errada, é. . . bota em risco, todo. . . todo um trabalho feito por uma equipe. E a. . . sim, é. . . a exemplo disso é que surgiu um vídeo nas redes sociais de falsos agentes entrando numa residência e fazendo assalto, e ai com isso, fez com que a população ficasse apavorada e não deixasse o agente de saúde ou o agente de endemia realizar as suas atividades (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACE_N_RR_1);

É como falar eu já recebi uma informação, logo depois tive que mudar essa informação. Por que assim a informação que você ouve lá fora eu vejo com a enfermeira e com a Doutora se tá atualizada Informação do paciente ou da TV (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACS_CO_MT_1);

A falta de ação, de reação às informações que a gente deixa para a população, não acreditar que, por exemplo, a gente vai entrar no período de inverno agora, muita gente acredita que no inverno o aedes aegypti não prolifera, o que é mentira aqui a gente já encontrou focos positivos debaixo de gelo, praticamente, também a dificuldade das pessoas nos receberem lá dos portões, então as fake news, elas acabam sim criando uma barreira bem complicada, você fala, fala, mas parece que aquilo que o vizinho falou, aquilo que alguém que elas nunca viram na vida publicou no perfil ou num grupo de WhatsApp é a verdade absoluta, o que você está fazendo, falando ali você não tá falando nada, é bem complicado TV (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACE_S_PR_1);

é muito ruim, sabe, as vezes a gente chega na casa, ah! mas foi por causa que nós escutamos na televisão, mas o que vocês escutaram? que nós não estamos sabendo né, essas questões assim, as pessoas, os contribuintes nos cobram bastante, mas eu vi em tal lugar que dá pra fazer isso, que não precisa fazer isso aqui, então é uma coisa assim pra nós um parâmetro muito complicado pra gente passar para nosso contribuinte no campo, então, hoje a mídia gera muitas questões assim, desencontros de informações, ah, tem tantos casos, não, tem

que esperar nosso boletim diário na segunda-feira, é sempre atualizado né, as vezes não sei pelas pessoas pra tocar o pânico né como foi com no covid, ai eles plantam umas coisas ai bem absurdas absoluta, o que você está fazendo, falando ali você não tá falando nada, é bem complicado TV (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACE_S_SC_1);

Muito, muito, muito porque com essas questões, às vezes a gente se sente deprimido de - de ir buscar a informação correta ou de você passar aquela informação pensando que ta correta, porque como essas fakes que estão aí, você sabe que hoje, pra tudo o ser humano pra ele engrandecer ou pra ele não engrandecer, ele inventa vários tipos de notícias e essas fake news ela vieram muito pra atrapalhar, aí a gente às vezes tem que pegar a fonte correta pra poder estar passando aquela informação, não é da primeira impacto você logo distribuir aquela informação, vamos se certificar primeiro pra depois passar essas informações corretas, e assim, a gente tem muito cuidado com isso. : Isso atrapalhou dessa forma porque como todo mundo ficou mais em casa, todo mundo mais nas redes sociais, acabou disseminando uma certa quantidade de notícias fakes, ai gente tem que evitar de estar compartilhando essas notícias fakes e procurar compartilhar mesmo só o que é correto. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACE_NE_MA_1);

Não chega a ser uma notícia falsa, às vezes, por exemplo, assim o município em si, ele costuma lançar primeiro lá pra depois chegar a informação para mim, então eu só passo para o meu paciente o que vai se proceder dentro do município quando chega do enfermeiro oficial, então aí as pessoas passam a saber, aí eles (pegam): “Mas você não falou isso, já está acontecendo lá”, igual, por exemplo, vacina, a vacina quando ela chega no município primeiro ela é feita dentro da cidade, pra depois ser distribuída nos postos, pros interiores. Então lá começa, aí logo no começo pessoa: “Mas, (Clarisse) você não me falou, tá acontecendo isso lá na cidade”, aí eu falo: “Calma, quando chegar pra a mim a informação a gente vai passar pra vocês, calma que isso vai acontecer vai chegar aqui”. Então em relação a notícias falsas, se chegar alguma coisa ao conhecimento deles que eles me perguntar, se eu não tiver respaldo para falar, eu vou simplesmente falo assim: “Vocês aguardam, assim que eu tiver um respaldo do meu supervisor eu passo para vocês”. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 14) (ACS_SE_ES_1);

Para o levantamento das lacunas observadas, fez-se necessário elaborar um conjunto de estratégias e necessidades informacionais, conforme apresentado na Tabela 3

Tabela 3 – Demonstrativo do conjunto de estratégias que possibilitam a identificação das necessidades informacionais

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
<p>Questão 9.” Como as tecnologias de informação e comunicação contribuem para a realização do seu trabalho?”</p>	<p>A - “Como ferramenta de trabalho”</p>	<p>(...) Não posso parar por falta de TIC, aí eu vou e compro; Para quem não tem é humilhante(ACS_N_RO_1);</p> <p>(...) nem a prefeitura mesmo tem uma plataforma de tu dar informações sobre... sobre a questão da Saúde(ACE_CO_GO_1);</p> <p>(...) Os mais velhos assim que trabalham na área né, porque tão acostumado a não trabalhar- trabalhar com tecnologia (...) como que fala resistência de colocar tecnologia funcionando sabe assim pelo profissional eu tô falando assim pelo profissional da área mesmo, quando a secretaria vem com essas ideias assim parece que o pessoal bloqueia(ACS_SE_MG_1);</p> <p>Eu vejo como a tecnologia como faca de dois cumes também e aí também traz prejuízo porque o mesmo veículo que eu utilizo uma informação eh correta eh também é utilizado para uma informação que vai trazer prejuízo para comunidade fake News, né? Que as pessoas chamam a informação falsa, e a gente viu muito durante a pandemia muitas informações</p>	<p>As respostas da questão deixam bem claro que as TICs são usadas como ferramentas de trabalho, então justifica-se investir em infraestrutura de Tecnologia da Informação (Tablet e conexão com a Internet), conforme necessidade apresentada no Instrumento quantitativo - Bloco 6 questão 10.</p> <p>Gráfico 28. Quais equipamentos (tecnologias de comunicação) você gostaria de ter para suas práticas como agente?</p> <p>Além disso, trabalhar as Competências na Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), conforme a seguir:</p> <p>Competência de AMI 1: a compreensão do papel das mídias e da informação na democracia; Competência de AMI 3: o acesso eficiente</p>

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
<p>Questão 10 “Como se dá a comunicação estabelecida entre você e as famílias do seu território?”</p>	<p>A - Visitas domiciliares;</p>	<p>(...) lido muito com pessoas semianalfabetas, pra eu usar um linguajar que ela consiga entender... então a fala ela é fundamental (...) (ACE_NE_PB_1).</p>	<p>Como a comunicação entre o agente e as famílias se dá nas visitas domiciliares, então a estratégia é fortalecer os conhecimentos no contexto da Alfabetização Midiática e Informacional - AMI, para ter segurança na comunicação com as famílias.</p> <p>Competências importantes:</p> <p>Competência de AMI 1: a compreensão do papel das mídias e da informação na democracia;</p> <p>Competência de AMI 3: o acesso eficiente e eficaz à informação;</p> <p>AMI 4 - a avaliação crítica das informações e suas fontes;</p> <p>Competência de AMI 5: a aplicação de formatos novos e tradicionais de mídias.</p>

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
<p>Questão 11 “Como você se comunica com a sua equipe?”</p>	<p>B- “Pessoalmente”, com 48,08 %, seguida de A “Com o uso de grupos de whatsapp”, com 46,15%;</p>	<p>(...) agora você tem que vir internet 24 horas mesmo. Tanto é que eu só usava internet da minha casa. Agora, eu tenho que ter os meus dados móveis ligados. Porque o cliente (usuário) costuma chamar e você atender. (...) (ACS_CO_MS_1);</p> <p>(...) Olhe, em comunicação com a equipe funciona em anotações de blocos(EC1), nós temos uns bloquinhos, nós fazemos anotações nos bloquinhos, informando, aí nós repassamos pra os supervisores (...) (ACE_NE_AL_1).</p>	<p>A estratégia para essa carência está em primeiramente fortalecer as competências comunicacionais dos agentes, para isso, é importante as competências de AMI. Em segundo lugar, conforme apresentado o resultado da questão é necessário investir em Infraestrutura de Tecnologia da Informação (Tablet e conexão com a Internet).</p>

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
<p>Questão 12 “Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?”</p>	<p>A - “Na Unidade de saúde e com o agente de saúde”</p>	<p>(...) geralmente essas pessoas se informam no boca a boca mesmo (...) (ACE_NE_PB_1). (...) a escolaridade das pessoas é o ensino fundamental incompleto então falo de um território que a leitura eh mesmo de rede social, o as pessoas escutam o áudio ou a pessoa conversa com vizinho (...) (ACS_SE_RJ_1); (...) Eu acho que tem não onde o pessoal busca informação, pra você ter noção, questão de ele não estar nem muito preocupado, tipo assim as pessoas se preocupam quando atinge elas;(...) (ACE_N_RO_1); (...)Mas lá tem televisão, tem alguns lotes que já conseguiram colocar até fibra óptica e internet. Mas tem pessoas muito humildes ainda que é semianalfabeto e não tem nada ainda;(...) (ACE_CO_MS_1); (...) eles vão muito, muito, muito pro google(...) (ACS_NE_PB_1).</p>	<p>Nessa questão destaca-se a busca por informação sobre saúde por parte das famílias, tanto na Unidade de Saúde, quanto com o Agente. Nesse caso reforça também a necessidade de investir em infraestrutura tecnológica nas unidades de saúde, além de capacitar em Alfabetização Midiática e Informacional - AMI.</p>

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
<p>Questão 13 “Quais as principais fontes de informação?”</p>	<p>C - “Equipe”</p>	<p>(...) Ó como eu digo, as redes sociais ela facilita muito a nossa vida, mesmo sem a gente estar recebendo capacitações, mas isso não impede a gente estar buscando informação no Google (...) - (ACS_NE_MA_1);</p> <p>(...) Igual eu te disse, há muito tempo que não há uma reciclagem eh, às vezes quando eu tenho alguma dúvida eu vou no Google;(.) - (ACE_SE_MG_1);</p> <p>(...) Têm doutor Google? É por aí, eu tenho muita apostila, mas hoje em dia é tão tecnológico, é tão digital, que às apostila tão guardada, pronto;(.) - (ACE_NE_PB_1);</p> <p>(... O Ministério da Saúde, mas eu acho que Ministério da Saúde tem pouca informação, para gente. Ele não se detém em se aprofundar no trabalho realmente, ele só fala o principal.(...) - (ACE_N_AP_1);</p> <p>(...) eu não tenho como levar em pleno século XXI uma boa educação em saúde para minha comunidade, eu tenho que me preparar, eu tenho que fazer essa busca ativa junto aos órgãos de controle, fazer essa busca ativa junto aos órgãos dos sistema único de saúde porque são eles que trazem para mim as informações, e eu preciso dentro daquelas informações mediante a confiabilidade dos órgãos, eu preciso fazer um enxugamento daquelas informações,(...) - (ACE_NE_PE_1);</p> <p>(...)Eh...que internet geralmente como pois trabalha</p>	<p>Primeiramente capacitar os agentes de saúde em Alfabetização Midiática e Informacional, principalmente nos módulos</p> <p>AMI 4 - avaliação crítica das informações e suas fontes e em Competência de AMI 3: o acesso eficiente e eficaz à informação;</p> <p>Além disso, o Ministério da Saúde deve melhorar o site “Saúde em Fake News” de forma que possa atender as necessidades das equipes de saúde quando se deparar com o contexto da desinformação.</p> <p>Além disso, investir em Infraestrutura de Tecnologia da Informação (Tablet e conexão com a Internet) para uso na unidade de saúde ou</p>

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
<p>Questão 14 “Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?”</p>	<p>A - “Prejudica e ficamos desacreditados”, totalizou 46,15 % das respostas</p>	<p>...)Ah, é assim às vezes para quando que utiliza o WhatsApp, é que tá começando a até informação né, aí qualquer coisa que eles “vê” lá eles “acha” que é verdade aí tem coisas que sai aqui que menina do céu para tirar para tirar da cabeça deles;(. . .) - (ACS_N_RO_1);</p> <p>(. . .)E a . . . sim, é . . . a exemplo disso é que surgiu um vídeo nas redes sociais de falsos agentes entrando numa residência e fazendo assalto;(. . .) - (ACE_N_RR_1);</p> <p>(. . .)É como falar eu já recebi uma informação, logo depois tive que mudar essa informação;(. . .) - (ACS_CO_MT_1);</p> <p>(. . .)então as fake news, elas acabam sim criando uma barreira bem complicada, você fala, fala, mas parece que aquilo que o vizinho falou, aquilo que alguém que elas nunca viram na vida publicou no perfil ou num grupo de WhatsApp é a verdade absoluta,;(. . .) (ACE_S_PR_1);</p> <p>(. . .)hoje a mídia gera muitas questões assim, desencontros de informações;(. . .) - (ACE_S_SC_1);</p> <p>(. . .)Muito, muito, muito porque com essas questões, às vezes a gente se sente deprimido de - de ir buscar a informação correta ou de você passar aquela informação pensando que ta correta, porque como essas fakes que estão aí, você sabe que hoje, pra tudo o ser humano pra ele engrandecer ou pra ele não engrandecer, ele</p>	<p>Essa questão responde à questão principal da tese em que busca saber qual o impacto da desinformação nas atividades dos agentes de saúde. A resposta reforça que não se pode falhar na ação inicial de responder às famílias quando a dúvida é a saúde. Nesse caso, a capacitação em Alfabetização Midiática e Informacional deve contemplar os módulos sugeridos na proposta de formação, que são: Competência de AMI 1: a compreensão do papel das mídias e da informação na democracia; Competência de AMI 3: o acesso eficiente e eficaz à informação; AMI 4 - a avaliação crítica das informações e suas</p>

Questão	Categoria	Lacunas/Desafio	Estratégia e necessidades informacionais
---------	-----------	-----------------	--

Fonte: Elaborado pelo autor

Por meio dos Indicadores, é possível identificar como se dá o acesso às informações de saúde. (Reconhece as necessidades e tem acesso às informações de saúde); Incorporação da informação. (É capaz de assimilar as idéias principais e enriquecê-las com conhecimentos previamente adquiridos)

O oitavo objetivo específico buscou *Elaborar sínteses baseadas em evidências científicas, a partir do conhecimento produzido com a realização desse estudo, no intuito de disponibilizar conteúdos que possam subsidiar os tomadores de decisão em saúde (gestores e profissionais de saúde) e também a comunidade, de um modo geral, com vistas a minimizar os efeitos da Desinformação no contexto da Atenção Básica da saúde (ABS) no âmbito do SUS.* A pesquisa intitulada “Ação comunicativa do agente comunitário de saúde e do agente de combate às endemias no Brasil e o enfrentamento da desinformação” parte do pressuposto de que os ACSs e ACEs são agentes que atuam estrategicamente junto às comunidades de seus territórios de abrangência, bem como da necessidade de uma compreensão multidisciplinar sobre a necessidade de atualização permanente desses profissionais em relação às práticas e ações cotidianas que desenvolvem junto às comunidades por eles atendidas. Outro objetivo do estudo foi avaliar a atuação dos agentes de saúde em termos de educação e comunicação comunitária quanto ao enfrentamento do impacto da desinformação no contexto de suas atividades.

Esse estudo que teve como protagonistas os ACS/ACE, pode contribuir para a conscientização da população sobre os cuidados básicos na saúde e com a propositura de medidas que garantam a qualidade de vida da população e o entendimento dos indivíduos sobre ações corretas e efetivas no contexto informacional atual e futuro.

É relevante destacar que o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é um profissional que, para desempenhar as suas atribuições, executa ações que requerem o emprego de diferentes competências e habilidades, as quais são adquiridas ao longo de sua formação acadêmica e com a experiência atuando junto à comunidade sob seus cuidados. Devido ao caráter do seu trabalho, o ACS deve residir na mesma região onde exerce o seu ofício e, em seu treinamento, deve ser orientado de que o seu papel, além dos cuidados com a saúde da população é manter um vínculo de proximidade com os indivíduos e famílias de seu território de abrangência. Dentre às suas atribuições, está a missão de influenciar a realização de atividades básicas de saúde nos núcleos familiares e estabelecer estrategicamente uma ação de saúde dirigida aos indivíduos em seus ambientes familiares.

A pesquisa, objeto do presente estudo, revelou que os ACS's têm, em média, 47

anos de idade (25 - 72 anos). Do total dos entrevistados, 25 são do sexo feminino, o que corresponde a 92,6% do total dos respondentes e 2 pertencem ao gênero masculino, perfazendo 7,4% do total dos participantes do levantamento. Os ACS's que declararam possuir o Ensino Médio completo totalizaram 37,0% dos entrevistados. Os que disseram ter Nível Superior completo, também somaram 37,0%. Os agentes com Pós-graduação (especialização), alcançaram 11,1% do total dos respondentes. A maioria desses trabalhadores, ou seja, 51,9% dos ACS's, declararam receber mensalmente entre R\$ 1.500 e R\$ 2.000. Outros 29,6% dos respondentes estão na faixa salarial entre R\$ 2.000 e R\$ 2.500. O Agente de Controle de Endemias (ACE) é um profissional de fundamental importância na estratégia de vigilância e ações em saúde pública, pois exercem atividades de controle de endemias e epidemias, apoiando as vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental. (TORRES, 2009). Os ACE's têm, em média, 46 anos de idade (31 - 63 anos). Quanto ao gênero, esses profissionais totalizaram 16 pessoas do sexo masculino, 59,3% do total de respondentes e 11 do feminino, perfazendo 40,7% dos participantes do estudo. A maioria dos ACE's, 40,8% do total dos entrevistados, declararam possuir o Ensino Médio, seguida por aqueles com graduação Superior Completa, com 3,3% e pelos agentes que têm Pós-graduação, com 14,8%. Quanto à remuneração, a maioria desses profissionais, 44,4%, estão na faixa salarial entre R\$ 1.500 e R\$ 2.000; os que recebem salários entre R\$ 2.000 e R\$ 2.500 correspondem a 22,2% do total dos entrevistados.

Diante do cenário descrito a partir dos resultados obtidos com a pesquisa, objeto desse trabalho acadêmico, e comprovados por dados estatísticos, são apresentadas as evidências científicas produzidas por esse estudo. A primeira constatação, obtida a partir dos dados quantitativos, está relacionada à questão de treinamento e capacitação profissional, baseada no BLOCO 2: FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL (Instrumento quantitativo - Brasil e no Instrumento qualitativo - Bloco II: Prática profissional). No que tange ao nível de escolaridade dos ACS's e ACE's respondentes, o destaque foi para os que declararam possuir Ensino Médio completo, com 41,7% do total de respostas. Com relação ao treinamento introdutório recebido para exercer as funções de ACS's e ACE's, a maioria dos respondentes o consideraram satisfatório, totalizando mais de 70% dos entrevistados. Entretanto, na questão "*Quando você fez o seu último curso de atualização para o trabalho na APS?*", aproximadamente metade, ou seja, 47% dos ACE's informaram que a última vez que realizaram curso de atualização para exercerem suas atividades na APS foi há mais de quatro anos. Destes, 17% disseram ter realizado o curso de atualização há menos de um ano.

Para obter uma visão em profundidade em relação ao oitavo objetivo específico que embasa esse estudo, reproduz-se o posicionamento DSC com os discursos dos entrevistados:

Bom, no início quando eu entrei (no contrato) o treinamento foi bem valorizado assim, foi uma coisa que a gente passou uma semana em treinamento, foi bem aproveitado. Só que agora desses tempos pra cá, só mesmo os contratados

que teve um treinamento de uma semana. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (AVA_CO_DF_01).

Olha, aqui na minha cidade existe um déficit muito grande com relação à parte dos treinamentos. Porque o Agente de Controle de Endemias, na prática, ele exerce vários tipos de atividades diferentes. Atualmente, e assim, não tão atualmente, eu vou citar aí uns 10 anos, em média, a minha cidade, ela vem fazendo umas práticas, a qual eu critico muito. Lá no setor de endemias que, por exemplo, quando tem treinamento, só dão treinamento de... das nossas atividades, treinamento novos ou reciclagem de treinamentos, normalmente, para 5 pessoas, ou seja, eu atualmente só estou trabalhando no controle da dengue PNCD, Programa Nacional de Controle da Dengue. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACE_NE_AL_01).

(...) faz muitos anos que a prefeitura não dá um treinamento para os Aces... (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACE_S_RS_01).

Na verdade, eu penso que o treinamento ele é base de tudo início de tudo é um bom treinamento.“; ”Só que no município onde eu recebi esse treinamento, ele deixou muito a desejar poderia ter ido mais além.“; ”Ele foi muito superficial poderia ter melhorado mais (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACE_SE_ES_01).

De ACE. Bom é o treinamento no momento foi pouco né. Nós tivemos pouco treinamento, uma coisa que nós não temos é valorização no nosso trabalho entendeu, nós não temos quase cursos, nós não temos quase especialidade na nossa área e... se a gente quer saber de alguma coisa a gente procura informações, quem tem interesse também em ter conhecimento, procura. Porque se for esperar pelo órgão público a gente vai ficar na mesmice. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACE_N_AP_01).

Aproximadamente, metade dos ACS's entrevistados informaram que a última vez que realizaram curso de atualização para o trabalho na APS foi há mais de quatro anos. Os que disseram ter realizado o curso de atualização há menos de dois anos, totalizaram 31% do número de respondentes. Ainda com relação ao tópico capacitação, os ACS's entrevistados destacaram que poucas vezes receberam esse tipo de benefício ou que fazia muito tempo que não aconteciam treinamentos, como pode ser constatado nos discursos a seguir transcritos, com destaque para a fala do ACS_NE_RN_01.

Eu gostei, né, do treinamento, mas faz muito tempo que a gente não tem esse treinamento [...] Mais de 8 anos que a gente não tem um acompanhamento de um treinamento sério. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACS_NE_RN_01).

Capacitações são poucas, parece que a gestão hoje ela não se preocupa mais com capacitação. Porque se você abrir uma gaveta que eu tenho aqui eu tenho de diploma até, capacitação era uma atrás da outra. A gente tinha 2, 3, 4... de coisas diferentes por semestre. A gente era realmente capacitado e a capacitação para o agente comunitário de saúde nós tivemos duas, a minha turma e os meninos até hoje nem preencheram, agora tá tudo informatizado né, pra uns facilitou, pra outros piorou mas... tem uns que não sabem nem preencher uma ficha de cadastro então... capacitação zero, nota zero pra Município do entrevistado. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACS_CO_MS_01).

(...) quatro anos que a gente não tem mais treinamentos; O que eu tive no início, no início a gente tinha sim eh todo ano a gente tinha umas reciclagens e tal onde a gente tava sempre ali eh buscando coisa diferente, né, mas ultimamente de uns 4 anos para cá, a gente não tem tido nenhuma reciclagem não tem tido nem

nenhum tipo de de treinamento não. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACS_SE_MG_01).

Então, isso é uma questão porque o município não me deu treinamento a-in-da, então assim, inclusive nossa cidade está vivendo um surto de dengue e eu tenho que fazer muita coisa, tendo que aprender com o pessoal de Porto Velho, alimentando o sistema, essas coisa assim, tô tendo- perguntando de outras cidades quem pode me ajudar, me informar alguma coisa, do que eu ainda não tive treinamento, eu ainda- a nova secretária de saúde que vai entrar no município, qual - a coordenadora da atenção básica prometeu que este ano fará, me dará - me levará para Porto Velho (. . .).(vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACS_N_RO_01)

Olha o treinamento ele é quase nulo não tem aquele deveria ter uma educação continuada, os agente saúde deveria ter educação continuada não tem, e alguns municípios o que acontece, o agente saúde recebe treinamento de uma semana depois que faz processo seletivo e é jogada assim ele aprende, com na prática né então ele que corre atrás não tem no momento não tem aquela coisa educação continuada que a única se prepara, tem alguns municípios alguns dados que fornecem isso não é mais tão raros. (vide Apêndice B - Bloco II: Prática profissional - Questão 01) (ACS_S_RS_01).

Em todas as regiões do país, os entrevistados relataram a ausência de capacitação nos últimos anos. Esses relatos estão em consonância com os dados encontrados na pesquisa quantitativa.

Percebe-se que não existe comprometimento do Governo com a realização de treinamentos e nem com a atualização dos processos que norteiam as atividades dos agentes de saúde, o que contraria as premissas da tríade IEC.

As ações de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (IEC), no Brasil, surgiram a partir de um Modelo de Gestão em Saúde, regulamentado pelo Conselho Nacional de Saúde em setembro de 1996. A tríade Informação, Educação e Comunicação em Saúde se associa às políticas de saúde praticadas atualmente no país. Ao combinar esses três conceitos, é possível apoiar e executar ações que possibilitem a conexão entre conhecimento teórico e empírico. Um dos aspectos da IEC é a busca por um vocabulário que integre símbolos e valores culturais e regionais, com o objetivo de fortalecer, a partir da participação coletiva, o reconhecimento, identificação e solução de problemas no território onde atuam os agentes de saúde. Com a implementação destas iniciativas, é possível adotar resoluções mais assertivas no que se refere à saúde coletiva.

Com a análise dos resultados obtidos a partir dos BLOCO 6: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE do questionário quantitativo (vide Apêndice A) e no Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) do qualitativo, os quais foram elaborados por meio da transcrição das informações contidas nas respostas dadas às questões 09, 10, 11, 12, 13 e 14, do QUESTIONÁRIO ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (vide Apêndice B), aplicados em campo, evidencia-se, a partir desse estudo que:

Partindo dos dispositivos e uso, Bloco 6, aproximadamente 31% dos entrevistados dispõem de celular smartphone para suas práticas profissionais, enquanto 24,32% dispõem de tablet e 14,62% utilizam notebook, totalizando 69,94% dos respondentes. Cerca de 87%

dos agentes relataram que seus equipamentos estão conectados com a internet. E isso permitiu que 32,81% dos entrevistados usassem o Whatsapp/Telegram para se comunicar com a equipe, e 16,73% dos entrevistados declararam que usam o Whatsapp/Telegram como fontes de informação. Entretanto, na análise do DSC, quando questionado sobre (questão 13) “Quais as principais fontes de informação?”, o maior número de respostas foi para a categoria C “Equipe”, com 42,59 %. Além disso, 85,85% dos entrevistados concordaram que as redes sociais são os meios mais eficazes de se comunicarem com outros agentes e de sanarem suas dúvidas e que as mídias sociais facilitam o acesso às informações sobre cuidados com a saúde, prevenção às arboviroses e à COVID-19. Isso é corroborado com as respostas da Questão 09 do DSC “Como as Tecnologias de Informação e Comunicação contribuem para a realização do seu trabalho?” Do total de respondentes, 95,83% marcaram a categoria A “Como ferramenta de trabalho.” Entretanto, do total de entrevistados, 41,36% classificaram como regular a conexão com a internet e cerca de 38,94% alegaram que a qualidade de seus acessos virtuais são boas. Apenas 7,6% avaliaram como excelente e 3,9% como péssima.

Partindo agora das habilidades, 85% dos entrevistados concordaram com as afirmações que: compreendem que o desempenho de suas principais habilidades requer conhecimentos em relação às suas profissões e que a informação precisa é essencial para a realização do seu trabalho; relatam que possuem habilidades e conhecimentos para identificar fontes de informações relevantes e confiáveis em relação às suas atuações como agentes de saúde; disseram possuir habilidades e conhecimentos em relação ao seu campo de atuação, que têm domínio no acesso às informações na web quanto a avaliar uma informação e selecionar a mais apropriada a uma determinada tarefa; relatam que suas principais habilidades e conhecimentos se resumem em saber organizar uma informação e redigir um texto.

Nesse contexto das habilidades, quando questionados em relação à atitude que adotam “ao se depararem com informações sobre saúde coletiva/pública, que procedimento costumam adotar”, 32,31% dos entrevistados afirmaram verificar se o site de onde procede a notícia é uma fonte confiável, 20,56% disseram que fazem a leitura completa do texto e 20,4% informaram que checam a veracidade do conteúdo por meio de outras notícias que são divulgadas sobre o assunto.

Quando questionado sobre “O que você faz ao receber falsas (*fake news*) informações nas mídias sociais?” Do total dos entrevistados, 65,61% afirmaram que apagam a mensagem e alertam a pessoa que enviou informações falsas provenientes das redes sociais, informando-a de que tal notícia é falsa.

Quando questionado sobre “Como uma informação falsa (*fake news*) impacta sua atividade como agente?” A maioria de 85,12% dos agentes entrevistados concordaram que uma informação falsa dificulta sua comunicação com a comunidade e equipe e no compartilhamento de materiais sobre saúde.

Isso fica claro, quando se fala de impacto, pois a questão 14 do DSC “Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?”, observa-se que a categoria A “Prejudica e ficamos desacreditados”, totalizou 46,15 %.

Quando questionados sobre os meios mais eficientes de estabelecerem contato com a população por eles atendidas, 36,53% dos respondentes concordaram que a visita domiciliar é a forma mais eficaz de se comunicarem com as famílias de seus territórios. Isso é corroborado com a questão 10 do DSC “Como se dá o processo de comunicação entre você e as famílias do seu território?”, a maioria, 73,47%, das respostas se concentraram na categoria A “Visitas domiciliares.” A isso reforça-se a questão 11 do DSC “Como você se comunica com a sua equipe?”, duas categorias se destacaram. Em primeiro lugar, a opção B “Pessoalmente”, com 48,08 % e, em seguida, A “Com o uso de grupos de whatsapp”, com 46,15%. Essa última reforça que a TIC está avançando cada vez mais no dia a dia dos agentes de saúde. Se isso está acontecendo, é necessário definir políticas de informação, fontes de informação para acesso e compartilhamento. Partindo primeiramente de uma campanha de treinamentos e capacitações em lidar com o universo da desinformação, tema já apresentado pela UNESCO. Para isso, reforça os conceitos de Competências em Informação (COINFO) e da Alfabetização Midiática Informacional (AMI)

Para que os agentes de saúde possam desenvolver com eficiência as suas funções, é imprescindível que adquiram novas habilidades que os tornem aptos a interpretar a qualidade e a veracidade dos fatos que são disponibilizados e divulgados nos meios de comunicação em formato de notícias. De acordo com Leu et al (2014), a alfabetização evoluiu com as novas tecnologias, mas nenhum advento tecnológico afetou tanto a alfabetização e com tanta rapidez como a Internet. Segundo Coiro (2008), ter acesso a Internet é uma coisa boa, pois o fato de ter à disposição recursos de busca de notícias em diversas fontes, leva o usuário das redes sociais a pensar criticamente, criar, inovar e participar eticamente em ambientes digitais, e isso representa para o indivíduo um diferencial social (SANTANA & SIMEÃO , 2012).

Com foco, principalmente nas habilidades necessárias para a alfabetização que capacite o indivíduo para o uso das TICs e da informação, a UNESCO criou, em 2013, um modelo de currículo para formação de professores de Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), com vistas a disseminar esse formato de ensino como meio de fornecer subsídios para o enfrentamento do problema das falsas notícias. Trata-se de uma metodologia de ensino que tem por finalidade apresentar recursos tecnológicos de acesso ao conhecimento, com o objetivo de fortalecer a liberdade de expressão, elencando as habilidades e atitudes imprescindíveis que garantam a participação e valorização das mídias e provedores de informação na veiculação de notícias. O currículo para formação de professores unifica conceitos sobre alfabetização informacional e alfabetização midiática, levando em consideração a liberdade de expressão e o acesso à informação por meio das TICs, tratando estes termos

como um conceito composto. Considerando os estudos de Wilson (2013), ressalta-se que a citada metodologia apresenta um esboço dos conteúdos e das atividades que podem ser adaptados para professores, alunos e quaisquer profissionais que lidam com informação, conforme as necessidades das instituições de educação nos seus respectivos países.

Ampliando esse conceito e trazendo a temática para o contexto atual da informação, Belluzzo (2014) e Simeão (2016), têm corroborado, por meio de seus estudos, para a elaboração de conceitos voltados ao emprego das Competências em Informação (CoInfo) como recursos no combate ao fenômeno denominado Fake News.

A Competência em Informação (CoInfo), enquanto prática educativa, dispõe de técnicas e métodos para estimular boas práticas sociais de comunicação e divulgação de informações e descreve como a instância teórica produz estudos que corroboram para o entendimento estratégico dos métodos de pesquisa e para a divulgação de informações, sejam elas destinadas a indivíduos ou a instituições. É necessário conscientizar a comunidade, alertando os agentes para que evitem se posicionar favoravelmente diante de situações que, em tese, deveriam ser refutadas. A desinformação gerada por *fakes* encontra campo fértil na ausência de competência cognitiva dos indivíduos, o que os impede de avaliarem as notícias falsas geradas pelas mídias e/ou redes sociais. Adquirir Competência em Informação (CoInfo) tornou-se quase que um mecanismo de defesa, além de representar um diferencial que acrescenta qualidade na esfera profissional. Devido à relevância, o ensino desta matéria deveria ser estimulado nas escolas, universidades e formações específicas, como por exemplo, o ACSs e ACEs.

Os agentes de saúde são vinculados às equipes de Atenção Básica da Estratégia de Saúde da Família (ESF). Esses profissionais se destacam, no âmbito da saúde coletiva, por estarem presentes nos mais diversos contextos de atuação da atenção básica de saúde e controle vetorial, tanto em território urbano quanto rural, em todas as regiões do país. Por isso, a importância da competência informacional para o aprendizado e educação na aquisição do saber ao longo da vida, considerando os hábitos de indagação presentes nas práticas formais e informais desses profissionais, tanto no convívio com a comunidade quanto em equipe.

Com os resultados obtidos durante a realização do presente estudo, busca-se comprovar que a desinformação é um componente de agravo no contexto da saúde, principalmente em situações de crises sanitárias enfrentadas pela população, conforme foi constatado durante a pandemia da Covid-19 e em cenários de endemias causadas por arboviroses que afetaram o Brasil. É possível encontrar caminhos de solução para esse desafio que é a disseminação indiscriminada de falsas notícias.

Uma das possibilidades de mudar esse cenário, é redesenhar, de forma estruturada, qualificada e baseada no conhecimento técnico-científico, os modos organizativos dos processos de comunicação, com foco na informação em saúde que é o suporte informacional indispensável à realização do trabalho dos ACSs e ACEs.

A capacitação contínua e a reorientação das práticas desenvolvidas por esses profissionais, tomando como parâmetro as dimensões da informação, educação e comunicação em saúde, é condição fundamental para que os agentes de saúde atuem com eficiência, para que adquiram conhecimentos específicos que os prepare para o enfrentamento da desinformação, tanto em relação às suas atividades laborais, quanto na condição de disseminadores de notícias junto aos indivíduos, famílias e demais membros das comunidades por eles assistidas.

Diante do cenário atual, descrito pelos ACEs e ACSs no estudo que embasa este trabalho científico, constata-se que é premente a necessidade de envidar esforços no sentido de formular programas de capacitação e orientação profissional que os auxiliem na melhoria do desempenho de suas funções e de suas habilidades, ao aplicarem seus conhecimentos nos territórios onde atuam, na unidade básica de saúde e nas demais redes de assistência à saúde coletiva integradas ao Sistema Único de Saúde (SUS).

7 Conclusão

Nesta etapa do estudo, busca-se sintetizar os principais achados encontrados ao longo do processo de levantamento de dados, tanto em relação à questão central da pesquisa, quanto aos seus objetivos específicos.

Ao evidenciar o papel da Informação, Educação e Comunicação em Saúde, das Tecnologias da Informação e Comunicação (TICS), da Competência Informacional e da Desinformação no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária da Saúde (APS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF), constata-se a relevância da base teórica, dos pressupostos que validam os estudos que embasam a Ciência da Informação e Comunicação, ao aplicar esses conhecimentos no cenário onde vivem e atuam os ACSs e ACEs.

Para justificar a eficácia das ações de combate à desinformação, as Competências Informacionais (COINFO) descritas por Simeão e Belluzzo (2011), as TICS's, segundo Saracevic (1999), a Desinformação, na visão de Wardle (2017) e Capurro (1991 e 2007) e a Alfabetização Midiática e Informacional (AMI) como uma nova disciplina proposta pela UNESCO, foram literaturas essenciais para o presente estudo, as quais serviram de referenciais para esta reflexão.

Faz-se necessário reportar, mais uma vez, aos teóricos anteriormente citados e à AMI, para destacar que as informações e conhecimentos produzidos durante a realização dessa pesquisa, à luz do trabalho desses pesquisadores, possibilitaram o entendimento no contexto da desinformação.

Capurro (1991), em seus postulados, questiona:

Para que serve a ciência da informação? Como a ciência da informação, concebida como uma disciplina hermenêutica-retórica, estuda as dimensões pragmáticas contextuais nas quais o conhecimento é compartilhado positivamente como informação e negativamente como desinformação, particularmente por meio de formas técnicas de comunicação. Capurro (p.10).

O teórico defende que essa amplitude na compreensão do termo indica que os usuários leitores e consumidores de notícias selecionam a informação com base em seu próprio modelo mental, nível cultural, influência social, vivências históricas e ideológicas (CAPURRO et al, 2007). Ele complementa as suas observações ressaltando que tudo depende também da capacidade e habilidade de interpretação de cada indivíduo. A partir do que foi exposto pelo estudioso, percebe-se a complexidade e a importância de realizar estudos aprofundados sobre o tema. Infere-se que trazer à tona o termo informação, no intuito de desvendar o seu significado, implica, por vezes, compreender a desinformação como parte da questão e que o seu enfrentamento requer um processo de investigação e interpretação de fluxos informacionais à luz dos pressupostos da Ciência da Informação.

Belluzzo (2005) descreve que “a desinformação nessa era é talvez a razão da existência de muitos problemas sociais, uma vez que atinge o ser humano em sua maior

propriedade: a racionalidade”. Conclui-se, a partir da interpretação da estudiosa, que a manipulação da informação pode ser caracterizada como uma atitude intencional de alguém que se utiliza dos meios de comunicação para atingir um objetivo, de forma proposital. O conhecimento que os “fabricantes de notícias” têm a respeito da produção e disseminação de mensagens determina o sucesso desses indivíduos em manipular o conteúdo e a forma como uma notícia é veiculada. O entendimento de como se processa o fluxo informacional permite a disseminação de dados, que é parte fundamental do processo de manipulação da notícia.

O pesquisador Saracevic (1996) colabora com o presente estudo ao destacar que, no aspecto interdisciplinar, a CI oferece argumentos ecléticos, auxiliando na interpretação e tratamento da informação no mundo contemporâneo, a partir de uma visão mais criteriosa e de uma observação mais apurada dos contextos. Para o teórico, as novas tecnologias da informação estão definitivamente atreladas à Ciência da Informação (CI), colaborando para a resolução de problemas por meio de práticas relacionadas à seleção de fontes confiáveis. A CI, em sua essência, apresenta argumentos que contribuem para nortear a compreensão e reflexão ética quanto ao uso de suportes tecnológicos, pois a produção de mensagens circunscreve-se às esferas social, política, econômica e cultural, uma vez que “*a CI teve e tem um importante papel a desempenhar por sua forte dimensão social e humana, que ultrapassa a tecnologia*” (SARACEVIC, 1996, p.42).

Para a CI, então, destinam-se os métodos de busca por confiabilidade nas informações e acurácia e precisão nos dados em todos os contextos sociais.

Simeão e Belluzzo (2011) corroboram com o presente estudo, ao destacarem que a Competência em Informação (CoInfo), enquanto prática educativa, dispõe de técnicas e métodos que podem ser aplicados para estimular boas práticas sociais de comunicação e para divulgação de informações. Como instância teórica, a CoInfo produz estudos que corroboram para o entendimento estratégico das práticas de pesquisa e divulgação de informações destinadas a indivíduos e a instituições. É preciso evitar que os indivíduos se posicionem favoravelmente diante de situações que, em tese, teriam de ser refutadas, por isso, a importância de realizar estudos como esse que visam encontrar caminhos de solução para o grave desafio que é conter a propagação de falsas notícias.

A Desinformação gerada por *fakes* encontra campo fértil na falta de competência cognitiva das pessoas para avaliarem as notícias falsas geradas pelas mídias e/ou redes sociais, distinguindo-as daquelas de cunho verdadeiro. Ter Competência em Informação (CoInfo) tornou-se quase um mecanismo de defesa e um diferencial que acrescenta qualificação profissional a quem detém esse conhecimento, devendo, portanto, ser estimulado que as escolas e universidades adotem esta disciplina em suas grades curriculares.

Wardle (2017) é outra teórica que colabora, com seus pressupostos, para a realização dessa pesquisa. Ao analisar o fenômeno da desinformação, ela identificou sete tipos diferentes de conceitos, avaliando dano e falsidade, e os definiu como “desordem da infor-

mação”. Em seus estudos, a autora descreve e conceitua três dimensões desse processo de desordem: Má-informação (Mis-information) - quando informações falsas são compartilhadas, mas não causam nenhum dano significativo; Des-informação (Dis-information) é quando informações falsas são conscientemente compartilhadas com o intuito de causar danos; e, por último, a Má-informação (Mal-information), que é quando informações genuínas são compartilhadas para causar danos (Wardle, 2017).

Para enfrentar a desinformação no que tange, principalmente, às habilidades necessárias para alfabetização midiática, capacitando os indivíduos quanto ao uso das TICs e da informação no sentido de transmitir um conteúdo verídico, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) criou, em 2013, um modelo de currículo para formação de professores para a Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), com vistas a disseminar esse formato de ensino como referência no enfrentamento do desafio de conter a propagação das falsas notícias. De acordo com Wilson (2013):

“A alfabetização midiática e informacional (AMI) é uma base para aumentar o acesso à informação e ao conhecimento, intensificar a liberdade de expressão e melhorar a qualidade da educação. A AMI descreve as habilidades e as atitudes necessárias para valorizar nas sociedades as funções das mídias e de outros provedores de informação, incluindo aqueles na internet, bem como para encontrar, avaliar e produzir informações e conteúdos midiáticos; em outras palavras, apresenta as competências fundamentais para que as pessoas participem de maneira eficaz de todos os aspectos do desenvolvimento” (pág.5).

Esse formato de currículo unifica conceitos, estreitando as distâncias entre alfabetização informacional e alfabetização midiática, levando em consideração a liberdade de expressão e o acesso à informação por meio das TICs e tratando estes termos como um conceito composto.

Ainda, considerando os estudos de Wilson (2013), ressalta-se que a metodologia desenvolvida por esse teórico fornece um esboço dos conteúdos e das atividades que podem ser adaptados para professores e alunos, conforme necessidades das instituições de ensino, respeitando as normas de cada país onde o modelo seja implementado.

Para os efeitos do presente estudo, as visões de ambos os teóricos serão levadas em consideração, uma vez que a experiência em campo, durante a realização das entrevistas com os agentes de saúde que atuam nos diversos estados brasileiros revelou a existência de uma lacuna conceitual, no que se refere ao processo de comunicação quando é necessário fazer uso das TICs.

Foi nesta etapa da pesquisa que ficou evidente a necessidade de criar mecanismos capazes de sanar esse déficit e concluiu-se que um caminho de solução para este desafio seria a criação de cursos de capacitação profissional ancorados nos pressupostos da Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), cuja metodologia apóie teórica e empiricamente a construção, a troca de informação e a comunicação no âmbito da saúde. Com o apoio das mídias convergentes no espaço digital e de recursos tecnológicos, os conteúdos que

embasam esta nova competência informacional podem ser avaliados do ponto de vista da recepção da informação, da mediação do saber entre os agentes de saúde e a população por eles atendidas e, também, quanto à aplicação social dos conhecimentos adquiridos.

Ao aprofundar a visão sobre as atividades desenvolvidas pelos ACSs e ACEs, observou-se que existe uma correlação do processo de comunicação entre o Governo, as redes e mídias sociais com os fatores que promovem a desinformação desses indivíduos, famílias e comunidades por eles atendidas. A partir desta constatação, ficou evidente que os elementos essenciais usados na análise estavam associados à disseminação de conteúdos que, posteriormente, eram apropriados pelos sujeitos envolvidos no processo. A identidade cultural do grupo é outro fator que interfere no conjunto de efeitos e no entendimento comum, uma vez que a interpretação dos fatos se dá de acordo com as capacidades cognitivas individuais e, também, por influência do contexto social. Cada pessoa interpreta a informação com base em seu nível intelectual. A partir desse panorama, vislumbrado com investigação que embasa o presente estudo, fica evidente a necessidade criar programas de capacitação específicos para os agentes de saúde. Uma alternativa para sanar esta lacuna seria o desenvolvimento de cursos de formação para esses profissionais, tendo com referência os pressupostos da alfabetização midiática e informacional.

Devido à consistência dos dados obtidos no levantamento das informações, formou-se o argumento da pesquisa e, com isso, iniciou-se o processo de comunicação em torno do resultado das provocações destacadas na tese, no que tange à ciência e ao trabalho de campo. Aqui, o objetivo foi desenhar, dentro do processo informacional, como acontece a representação da desinformação, bem como evidenciar o entendimento que os sujeitos envolvidos no estudo têm a respeito dos fluxos da informação e sobre o uso ou apropriação de conhecimentos, com foco num modelo de comunicação digital, à luz das TICs.

A partir dessa abordagem inicial, sob o aspecto conceitual, foi possível concluir que:

- a) Para elevar os ACSs e ACEs, da condição de interpretadores da notícia a disseminadores de informações, faz-se necessário verificar a identidade cultural desses sujeitos em relação às suas visões de mundo, tanto no campo individual quanto coletivo, partindo do universo de seus próprios conhecimentos;
- b) Para que esses profissionais alcancem um nível de entendimento que os leve a uma percepção cultural apropriada em relação às práticas de suas atividades, é necessário que tenham acesso a um modelo de educação tecnológica que utilize metodologias que lhes proporcionem a aquisição de novos saberes. A mudança, nesse sentido, pode ser favorecida com uso de ferramentas e processos comunicacionais, ampliando, no contexto da educação em saúde, o conceito de Alfabetização Midiática e Informacional;
- c) Para que os agentes de saúde se tornem disseminadores de informações, é necessário que esses sujeitos sejam alfabetizados não somente em relação à Informação,

mas também em Comunicação. Para tanto, as metodologias e propostas pedagógicas devem reorientar o modelo educacional para além da aprendizagem informacional, extrapolando o seu uso a partir do modelo *aprender a aprender*, que requer que o aprendiz coloque em prática o saber adquirido. Nesse caso, os ACEs e ACSs devem levar o conhecimento aprendido aos indivíduos e comunidades de seus territórios de atuação, por meio de projetos comunitários, os quais contemplem o uso de redes sociais;

- d) Esses projetos, para serem implementados, carecem do apoio institucional da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), do Governo, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, de entidades representativas, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (CONACS). Com a adesão desses órgãos, é possível que as iniciativas aqui propostas sejam reconhecidas do ponto da aplicabilidade social e, desse modo, o processo de Alfabetização Midiática e Informacional poderia se expandir para além do uso de dispositivos tecnológicos e, por consequência, ser considerado uma política de monitoramento e avaliação dos resultados diretos e indiretos na vida das famílias e comunidades atendidas pelos ACSs e ACEs. Devido à relevância, a AMI, no âmbito da saúde coletiva, deve ser entendida como uma política pública.

No que tange às conclusões relativas aos objetivos específicos, ao *Caracterizar o perfil social, demográfico, econômico, cultural e profissional dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS)*, observou-se que esses profissionais são, predominantemente, do sexo feminino. Outra constatação, ao analisar esse quesito, foi que os ACSs estão insatisfeitos, pois consideram baixo o salário que recebem, dada a importância das tarefas que executam e devido às condições de trabalho serem muito precárias. Mas, apesar das circunstâncias adversas, os agentes de saúde demonstraram-se motivados com o trabalho que realizam junto às comunidades de seus territórios de abrangência. Relataram que a motivação que os leva a darem continuidade a esse trabalho é o amor que sentem pelos indivíduos, pelas famílias e pelos idosos por eles atendidos. Em termos de melhorias nos processos, para que possam ter mais eficácia na realização de suas atividades, destacaram a importância de disporem de mais recursos materiais, ferramentas de trabalho adequadas e acesso a cursos de formação e treinamentos, como meios de atualizarem os seus conhecimentos.

A maioria dos ACEs que se declararam do sexo masculino consideram razoável o salário que recebem pela prestação de seus serviços, concordam que o valor é compatível com o custo de vida da cidade onde moram e trabalham. O motivo que justifica o nível de satisfação desses profissionais é o fato de contarem com um plano de cargos e salários.

Avaliam que suas condições de trabalho são muito boas e relataram que as motivações para atuarem como agentes comunitários de saúde estão relacionadas ao reconhecimento dos moradores em relação às atividades que exercem. Como sugestão para melhoria de suas atividades, ressaltaram a importância de terem um prédio próprio para que as equipes de saúde possam se instalar num único local.

Em relação aos resultados obtidos com a análise do segundo objetivo específico que buscou *Contextualizar os cenários onde acontecem as práticas profissionais dos ACE e ACS, segundo tipologia do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)*, as respostas dos ACS's evidenciaram que a maioria desses profissionais reside nos municípios onde trabalham. Esses agentes, para exercerem as suas atividades, devem se enquadrar nos termos da Lei 11.350/2005, que prevê que o agente comunitário de saúde deve residir no território em que vivem os membros da comunidade onde ele irá atuar, desde a data da publicação do edital do concurso público.

Em relação aos ACE's, as respostas dos entrevistados evidenciaram que os cenários onde mais da metade desses profissionais executam as práticas e as ações referentes às suas funções são regiões caracterizadas como urbanas e que esses agentes não precisam residir nos municípios onde atuam.

Ao avaliar os resultados do terceiro objetivo específico, que consistiu em *descrever as concepções e práticas desenvolvidas pelos ACE e ACS, correlacionando-as aos perfis desses profissionais e ao cenário onde atuam, considerando os diferentes municípios, estados e regiões brasileiras*, a conclusão foi que a principal atividade realizada pelos ACS consiste em visitas domiciliares, as quais acontecem de acordo com periodicidade estabelecida no planejamento feito pela equipe e levando em consideração as necessidades de saúde da população por eles atendidas.

Dentre as tarefas realizadas rotineiramente junto às famílias cadastradas, por ocasião da visita domiciliar, estão: Cadastrar famílias; Orientar quanto à vacinação na unidade de saúde; Identificar, orientar e encaminhar gestantes para pré-natal na unidade de saúde; Atenção à Criança - Imunização; Controle de Hipertensão - Busca Ativa de Casos; Controle de Diabetes - Busca Ativa de Casos.

Os ACSs também participam dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro das famílias, além de desenvolverem atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território onde atuam, observados durante as visitas domiciliares. Instruem os membros da comunidade quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis no SUS. Identificam casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhando as pessoas com alguma patologia para a unidade de saúde de referência. Orientam as famílias e os demais indivíduos pertencentes aos seus territórios de atuação sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva. Em relação a outras práticas na UBS, esses profissionais também participam das atividades de acolhimento das pessoas que recorrem

aos serviços de saúde.

As práticas realizadas com mais frequência por esses agentes são: Adscrição (cadastro) de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastramento de todas as pessoas de suas áreas de abrangência; Informar os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados; Registrar, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético em relação aos dados coletados.

Quanto aos ACEs, esses profissionais orientam a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva. Eles têm a responsabilidade de informar e mobilizar a comunidade em relação ao uso de medidas simples de manejo ambiental e outras técnicas para o controle de vetores. As atividades que realizam com mais frequência são: executar ações de campo para pesquisa entomológica (insetos), malacológica (moluscos) ou coleta de reservatórios de doenças; e ações de controle de doenças, utilizando recursos que envolvem o controle químico e biológico, o manejo ambiental ou atividades que requeiram o manejo integrado de vetores. Também realizam cadastramento e atualização dos endereços onde residem os indivíduos de suas comunidades, pois esta ação os auxilia no planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, por meio dos mapas de reconhecimento geográfico.

Com a análise do quarto objetivo específico que consistiu em *Mapear os fluxos formais de informação nos diferentes ambientes de atuação dos ACE e ACS, bem como os instrumentos utilizados para coleta, filtragem, análise, organização, armazenagem e disseminação do conhecimento por meio da comunicação comunitária, objetivando criar estratégias e/ou ferramentas de apoio ao desenvolvimento de suas atividades cotidianas e que possam auxiliá-los em tomadas de decisões*, foi possível concluir que os fluxos da informação no campo de atuação dos ACSs se iniciam quando a comunidade ou um indivíduo procura esses profissionais com o objetivo de sanar alguma dúvida ou com uma demanda em relação aos serviços de saúde oferecidos pela UBS. Via de regra, o cidadão vai até a unidade de saúde para obter informação.

Nesse tópico, identificou-se também que o segundo recurso utilizado pelos membros da comunidade para se comunicarem com os ACS são o Whatsapp/Telegram/Signal ou telefone. Ficou evidente, ainda, que os ACSs, quando precisam se comunicar com a equipe, utilizam, como primeira opção, as redes sociais (Whatsapp/Telegram/Signal), seguidas pelo telefone e as salas de espera das unidades de saúde. Quanto aos ACEs, a forma mais frequente que utilizam para se comunicarem com suas equipes são, também, o Whatsapp/Telegram e Signal, seguidos pelo telefone e as salas de espera das unidades de saúde.

O quinto objetivo específico que buscou *Compreender quais são as modalidades práticas baseadas em Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal)*

desenvolvidas pelos ACE e ACS e qual a influência desses conhecimentos na efetividade do trabalho que realizam junto às equipes de Atenção Básica de Saúde, segundo as diretrizes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), no apoio e orientação das famílias e demais membros das comunidades onde atuam evidenciou que os agentes de saúde realizam várias atividades que não se restringem às atribuições inerentes ao cargo que exercem, que são as práticas dirigidas à promoção da saúde coletiva. Além do trabalho junto à comunidade, esses profissionais fazem palestras em igrejas, escolas e na própria UBS, como forma de educar as famílias e os indivíduos em relação à prevenção de doenças.

Com essa análise, foi possível identificar as ações realizadas pelos agentes na busca por informação, no âmbito da saúde, com o propósito de obterem suporte que os ampare na tomada de decisão, em atividades que necessitem de interferência em uma dada realidade. Dentre essas condutas estão contempladas, por exemplo, consultas a pesquisas para obterem informações sobre números da pandemia, dengue, etc. Desse modo, esses profissionais reforçam suas habilidades na Comunicação em Saúde, por meio da junção dos conceitos sobre Educação e Informação, fazendo uso destas disciplinas como mecanismos de apoio às ações de combate a doenças e vetores transmissores de endemias.

Por meio da distribuição de panfletos e cartilhas com informações sobre saúde e apoio às campanhas de vacinação e da realização das demais atividades citadas anteriormente, os agentes de saúde realizam as ações que estão contempladas nas diretrizes da Estratégia Saúde da Família (ESF), as quais se relacionam à prevenção de doenças, vigilância, promoção e integralidade do cuidado da saúde tanto das pessoas, individualmente, quanto da coletividade. Os fundamentos da ESF centram-se no trabalho em equipe, no diálogo entre profissionais de diferentes áreas e na pluralidade de conhecimentos, habilidades e atitudes, onde os atores envolvidos no processo compartilham mutuamente a responsabilidade com os cuidados referentes à saúde coletiva.

Ao avaliar as informações obtidas na coleta de dados referentes ao sexto objetivo específico que buscou *Verificar quais são as estratégias e os instrumentos utilizados pelos ACE e ACS para colocar em prática os seus conhecimentos sobre Informação, Educação e Comunicação em Saúde, na perspectiva de prevenção e promoção da saúde coletiva*, foi possível observar, pelas respostas dos entrevistados, que eles estão insatisfeitos em relação aos treinamentos recebidos e aos cursos de capacitação promovidos pelo SUS.

Vale ressaltar que, no tocante aos conhecimentos necessários à prática da promoção da saúde coletiva, as respostas dos agentes de saúde evidenciaram a satisfação desses profissionais com relação ao treinamento introdutório para o exercício de suas funções. Apesar dos ACEs terem recebido capacitação sobre temas atuais, como Arbovirose, por exemplo, quando questionados durante a realização de entrevista em profundidade, foi possível perceber que eles estão insatisfeitos quanto aos treinamentos e cursos de capacitação que recebem. Esta questão se evidencia, principalmente, quando o tema é a pandemia causada pela Covid-19.

Em relação aos materiais didáticos disponíveis para apoio às suas atividades e práticas junto à comunidade, as informações coletadas demonstram que os agentes de saúde estão insatisfeitos a esse respeito. No que tange aos espaços físicos para reunião com os membros da comunidade, constatou-se que as instalações da unidade de atendimento não oferecem suporte para esse trabalho e, por esse motivo, muitas vezes, é necessário buscar apoio em igrejas para a realização dessas ações.

Quando questionados sobre a necessidade de receberem treinamentos sobre temas relacionados à Comunicação em saúde e ao combate à desinformação, poucos entrevistados manifestaram interesse sobre esse assunto, que ficou em quarto e quinto lugares, respectivamente, de acordo com os respondentes (ACS e ACE). A partir da avaliação destas informações, foi possível concluir que, apesar do contexto atual das falsas notícias, poucos agentes percebem a necessidade de se capacitarem para o enfrentamento desse desafio. Esta constatação só vem reforçar a necessidade de se formular políticas que contemplem cursos de formação e de capacitação específicos para esses profissionais, tendo como parâmetros os pressupostos das disciplinas que embasam a Informação, a Educação e a Comunicação em Saúde.

Ao analisar o sétimo objetivo que é *Propor, a partir do levantamento das lacunas observadas com a realização desta pesquisa, a elaboração de um conjunto de estratégias que possibilitem a identificação das necessidades informacionais dos ACE e ACS, com o intuito de melhorar as suas práticas profissionais*, os dados coletados revelaram que as TICs contribuem para a realização das atividades dos agentes de saúde. Eles as classificaram como ferramentas de trabalho.

Foram relatados diversos fatores/lacunas que impedem que os agentes de saúde tenham pleno acesso aos recursos tecnológicos, dentre eles, a falta de equipamentos e de conexão com a internet. Outro déficit que ficou evidente foi a falta de capacitação desses profissionais quanto ao uso das redes e mídias sociais, como, por exemplo: Whatsapp, Facebook, Instagram etc. Outra questão apontada como entrave em relação ao uso das TICs refere-se à idade de alguns agentes de saúde, que alegaram esse fator como um empecilho e isso os leva a criarem resistência quanto ao uso da tecnologia. Nesse sentido, a sugestão seria criar um plano de atualização na infraestrutura das TICs e na formação dos agentes em Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), de modo que todos esses profissionais sejam inseridos no ambiente virtual.

Encerram-se as pesquisas de campo, referentes à presente tese, com a análise dos dados a respeito do *oitavo objetivo específico* que teve por finalidade *Elaborar sínteses baseadas em evidências científicas, a partir do conhecimento produzido com a realização desse estudo, no intuito de disponibilizar conteúdos que possam subsidiar os tomadores de decisão em saúde (gestores e profissionais de saúde) e também a comunidade, de um modo geral, com vistas a minimizar os efeitos da Desinformação no contexto da Atenção Básica da saúde (ABS) no âmbito do SUS.*

Com a avaliação das informações coletadas nesse último tópico, conclui-se que as modalidades práticas referentes aos processos de Informação, Educação e Comunicação em Saúde (formal e informal) estão presentes na rotina dos ACE e ACS. Entretanto, ficou evidente a importância de criar outros mecanismos que os auxiliem no enfrentamento à desinformação, não somente em situações de pandemias, mas também em relação a infodemias, termo que se traduz como sendo o excesso de informações sobre determinado tema, procedentes, muitas vezes, de fontes não confiáveis

Uma das alternativas para sanar esta deficiência seria desenvolver um processo de formação contínua desses profissionais, com o objetivo de prepará-los, principalmente, quanto ao cenário atual da saúde pública no Brasil, em decorrência da pandemia causada pela COVID-19, munindo-os de conhecimentos que os tornem capazes de discernirem quais notícias têm a função de informar e os conteúdos provenientes de fake news.

Buscar soluções que auxiliem os agentes de saúde no enfrentamento da desinformação se justifica, pois os ACSs e ACEs representam o elo entre o sistema de saúde e a comunidade onde atuam. Para uma maior eficácia, no exercício de suas profissões, é necessário que tenham habilidades em lidar com a informação, por meio da seleção de fontes confiáveis, o que iria garantir a qualidade e efetividade do processo de comunicação com as comunidades e indivíduos por eles atendidos. Desse modo, estariam colaborando para diminuir a propagação de falsas notícias, as quais são veiculadas nas redes sociais e nos meios de comunicação. Agentes de saúde qualificados e atualizados em termos de inovações tecnológicas podem colaborar para minimizar o medo e as incertezas dos habitantes das comunidades onde atuam, no que se refere ao enfrentamento dos problemas sanitários que afetam a saúde coletiva.

Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e os Agentes de Controle de Endemias (ACE) são profissionais que necessitam de estratégias e instrumentos tecnológicos que possam ser utilizados para auxiliá-los nas ações e práticas que realizam junto às comunidades onde atuam.

É preciso envidar esforços no sentido de que as áreas de Informação, Educação e Comunicação em Saúde trabalhem em conjunto na perspectiva da promoção da saúde coletiva. É premente a necessidade de unir as Tecnologias da Informação e Comunicação (TICS) e a Competência Informacional e, ancorando-se nestas duas disciplinas, elaborar ferramentas de acesso à informação e, também, de combate à desinformação, no âmbito da saúde.

Faz-se necessário investir recursos federais em programas de capacitação em Informação, voltados aos ACSs e ACEs, que ofereçam conteúdos e ferramentas assertivas para que esses profissionais tenham acesso às funcionalidades que a tecnologia dispõe, aos recursos de que necessitam para atuarem com segurança junto às comunidades por eles atendidas.

A valorização do espaço onde são construídos os saberes e acontecem as práticas

de atividades voltadas ao bem-estar da coletividade é um objetivo possível de ser alcançado, se houver investimento na capacitação dos agentes de saúde, atualizando-os quanto aos métodos mais assertivos para informar, educar e se comunicar com a população.

Remetendo ao contexto da Informação, Educação e Comunicação, no que tange à informação em saúde, este tema sempre foi associado a sistemas de informação e bancos de dados, visto como recurso utilizado com o objetivo de apoiar os gestores na tomada de decisão, para intervenção em uma dada realidade. A ampliação do entendimento comum a respeito da IEC poderia ser implementada com a criação de um sistema de informação composto de um banco de dados de fake news e de uma ferramenta de checagem de notícias falsas.

Quanto à educação em saúde, os documentos disponíveis no Ministério da Saúde que versam sobre esse assunto apresentam as diretrizes de ação educativa em Saúde, elaboradas com o objetivo de assegurar uma concepção metodológica de atividade participativa, em conformidade com os princípios do SUS. Essa proposta pedagógica estabelece a relação entre o saber popular e o científico, fundamentada na participação da comunidade e dos indivíduos na construção do conhecimento. Nesse sentido, sugere-se a inserção da metodologia de ensino, segundo a AMI, nas ações educativas em Saúde, como modelo de formação educacional para o enfrentamento da desinformação.

Ainda em relação à comunicação em saúde, as iniciativas, nesse sentido, começaram a ser implementadas a partir da união da educação sanitária com as técnicas de propaganda, com o objetivo inicial de apoio às ações de combate aos vetores de endemias e, atualmente, são aplicadas nas campanhas de saúde, principalmente de vacinas. Novas ações de combate à desinformação poderiam ser acrescentadas às práticas vigentes, por meio de um portal, o qual teria o mesmo objetivo do “Saúde sem Fake News”, para colaborar nos processos de comunicação quando o assunto for a desinformação no contexto da saúde. Seria mais uma iniciativa no sentido de apoiar os agentes de saúde e as comunidades por ele atendidas, o que resultaria na diminuição da propagação de falsas notícias.

A sugestão, no sentido de preencher as lacunas observadas com a realização desse estudo, seria acrescentar essas novas atividades no âmbito da IEC, no que tange à Educação. Com esta iniciativa, seria possível integrar as áreas de Informação, Comunicação e Educação, por meio da Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), na perspectiva de elaborar uma política de ensino nacional que contemple esta nova disciplina, com enfoque, principalmente, no preparo dos agentes de saúde e dos cidadãos, educando-os para o enfrentamento do fenômeno denominado desinformação.

A proposta, no caso específico desse estudo científico, seria promover a AMI no sentido de potencializar o uso das TICs como um modelo de política pública de formação e capacitação dos ACE e ACS, visando contribuir para que esses profissionais fossem elevados da condição de interpretadores da notícia a disseminadores de informações e, desse modo, pudessem contribuir para a promoção da saúde coletiva. Wilson (2013)

argumenta e discorre sobre os benefícios da AMI, ao declarar que:

“A alfabetização midiática e informacional aprimora a capacidade das pessoas de usufruírem de seus direitos humanos fundamentais, em especial os expressos no Artigo 19 da Declaração Universal dos Direitos Humanos, segundo o qual “Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; este direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras” (pág.20).

Os principais benefícios da AMI, de acordo com Wilson (2013, p.20) são:

- 1) no processo de ensino e aprendizagem, dota os professores com um conhecimento aprimorado, específico, o que contribuirá com o empoderamento dos futuros cidadãos;
- 2) a alfabetização midiática e informacional transmite conhecimentos indispensáveis sobre as funções das mídias e dos canais de informação nas sociedades democráticas. Além disso, fornece uma compreensão abrangente sobre as condições necessárias para cumprir essas funções efetivamente e trabalha nos indivíduos as habilidades requeridas para avaliar o desempenho das mídias e dos provedores de informação à luz das especificidades que o uso de tecnologias requer;
- 3) uma sociedade alfabetizada em tecnologia e informação promove o desenvolvimento de mídias livres, independentes e pluralistas, e de sistemas abertos de informação.

Quanto aos principais requisitos da AMI, Wilson (2013, p.20) declara que:

- 1) a alfabetização midiática e informacional deve ser considerada como um todo e incluir uma combinação de competências (conhecimentos, habilidades e atitudes);
- 2) o currículo da AMI deve permitir que os professores ensinem aos alunos a alfabetização midiática e informacional com o objetivo de prover-lhes as ferramentas essenciais para que possam engajar-se nos moldes de utilização das mídias e aos canais de informação como jovens cidadãos autônomos e racionais;
- 3) os cidadãos devem ter conhecimentos sobre a localização e o consumo de informações, bem como sobre a produção de conteúdos que mentam as redes sociais;
- 4) as mulheres, os homens e a parcela da população que vive às margens da sociedade, bem como as pessoas com deficiências, os povos indígenas ou as minorias étnicas devem ter acesso igualitário à informação e ao conhecimento;
- 5) a AMI deve ser vista como uma ferramenta indispensável para facilitar o diálogo intercultural, a compreensão mútua e a interação cultural entre os povos.

Para Wilson (2013), o modelo de Educação Midiática pode ser adaptado para a realidade e ao contexto e público que a ela tiver acesso, destacando que:

“A Matriz Curricular e de Competências em AMI deve ser interpretada à luz dos contextos específicos em que o referencial será utilizado. Nesse sentido, ela é uma ferramenta flexível que pode ser adaptada a diferentes contextos nacionais. Basicamente, a matriz curricular apresenta uma estrutura para o desenvolvimento de um programa de estudos sobre alfabetização midiática e informacional, em meio a diferentes níveis de engajamento junto às mídias e aos canais de informação. As competências identificam os conhecimentos, as habilidades e a atitude que devem ser desenvolvidos com o currículo “. (pág. 21).

Deve-se tomar como referência o trecho citado como fonte de inspiração, não somente para a elaboração de cursos de formação e capacitação dos ACS/ACE, mas para todas as ações que visem o enfrentamento da desinformação. Ao reportar aos estudos de Wilson (2013), é possível observar que os módulos curriculares da AMI não são prescritivos, o que permite e facilita a adaptação desse modelo a qualquer estratégia de ensino e às necessidades de diferentes sistemas educacionais e institucionais, nos ambientes em que a disciplina for difundida. Por esse motivo, é possível concluir que:

- a) Um modelo de gestão, cuja política de “não continuidade” dificulta, desde a parceria interinstitucional até a divulgação de ações de combate a desinformação nas comunidades assistidas, necessita da implantação e adequação de um formato de trabalho pautado na cooperação entre a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS/OMS), o Governo, nas esferas Federal, Estadual e Municipal, as entidades representativas, como o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e dos Agentes de Combate às Endemias (CONACS), dentre outras entidades que desenvolvem atividades correlatas;
- b) Faz-se necessário definir os perfis profissionais dos ACE e ACS e determinar as atribuições de todos os membros das equipes de saúde para se obter um suporte técnico, utilizando os conceitos que embasam a Informação, a Educação e a Comunicação em Saúde (IEC), no que tange à Alfabetização Midiática e Informacional (AMI), de modo a possibilitar a integração entre todos os envolvidos no processo de aquisição e transmissão de saberes ;
- c) É possível desenvolver uma política de combate à desinformação, de acordo com os parâmetros da Alfabetização Midiática e Informacional Estratégica, resguardadas as normas que amparam o relacionamento do Ministério da Saúde com os Agentes Comunitários de Saúde e os Agentes de Controle de Endemias e vice-versa, de modo a facilitar a integração desses profissionais e o MS por meio das redes e mídias sociais, por exemplo;

- d) Faz-se necessário a reformulação do Portal <https://www.gov.br/saude/pt-br/fakenews>, “Saúde sem Fake News”, para que esse órgão ofereça apoio irrestrito em situações de crises sanitárias, permitindo a interatividade entre as redes de saúde, o que poderia servir de estímulo aos ACS/ACE no sentido de realizarem um trabalho mais eficaz junto às comunidades de seus territórios de abrangência, além de mais um meio de se capacitarem para o combate à desinformação;
- e) A inserção de ferramentas tecnológicas de comunicação e de verificação da informação, no âmbito da saúde, como kits de checagem, por exemplo, poderia contribuir para o aumento do volume de conteúdos verificados pelos ACS/ACE nas unidades de saúde, além de servir como mais um meio para esses profissionais praticarem os conhecimentos adquiridos nos cursos de formação e capacitação realizados nos moldes da alfabetização em informação e comunicação.

Ao finalizar esse estudo, foi possível concluir que, apesar das dificuldades de gestão, observadas ao avaliar o trabalho prestado pelo MS e, mesmo diante da confusão, em termos conceituais, por parte do órgão estatal em relação ao tema “Saúde sem Fake News” e da ausência de políticas de monitoramento e avaliação das informações veiculadas nos meios de comunicação, a intencionalidade governamental revela-se favorável e aponta para um cenário promissor, num futuro próximo, no que concerne ao combate a desinformação no país.

Por meio da produção de conteúdos, tendo por base os pressupostos da Informação, Educação e Comunicação em saúde, seria possível adotar, teoricamente, a AMI como parâmetro para se definir como se desenvolveriam os processos de recepção e mediação da informação. O emprego da alfabetização midiática também iria viabilizar a aplicabilidade social desses conteúdos pelos ACS/ACE junto aos indivíduos, famílias e comunidades pertencentes aos seus territórios de abrangência. Esses profissionais se associariam a redes sociais pertencentes a outras localidades e, desse modo, se formariam “pontos” de compartilhamento de conhecimento.

Avaliar a aplicabilidade social dos conteúdos à luz da Literacia Midiática, remete a presente pesquisa a uma última conclusão em relação ao ambiente de aprendizagem, onde a identidade cultural dos sujeitos deve ser valorizada para que os partícipes dos processos comunicacionais se demonstrem receptivos às inovações. Desse modo, poderão fazer uso de seus conhecimentos prévios nos cursos de capacitação e nos treinamentos que tenham o objetivo de capacitá-los para Interpretar Informação.

Quanto às questões de pesquisa: *As atitudes de indivíduos desinformados impactam, de algum modo, prejudicando a prática das atividades dos ACSs e ACEs? Em que proporção esses impactos afetam a atuação desses agentes de saúde?* Essa questão será respondida com base na pergunta 14 do instrumento qualitativo: *“Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?”*, no total de 46% responderam que “Prejudica e ficamos desacreditados”, para reforçar, destacamos os relatos dos agentes de saúde, conforme demonstram as falas a seguir transcritas:

(...) Ah, é assim às vezes para quando que utiliza o WhatsApp, é que tá começando a até informação né, aí qualquer coisa que eles “vê” lá eles “acha” que é verdade aí tem coisas que sai aqui que menina do céu para tirar para tirar da cabeça deles; (...) - (ACS_N_RO_1);

(...) E a... sim, é... a exemplo disso é que surgiu um vídeo nas redes sociais de falsos agentes entrando numa residência e fazendo assalto; (...) - (ACE_N_RR_1);

(...) É como falar eu já recebi uma informação, logo depois tive que mudar essa informação; (...) - (ACS_CO_MT_1);

(...) então as fake news, elas acabam sim criando uma barreira bem complicada, você fala, fala, mas parece que aquilo que o vizinho falou, aquilo que alguém que elas nunca viram na vida publicou no perfil ou num grupo de WhatsApp é a verdade absoluta; (...) (ACE_S_PR_1);

(...) hoje a mídia gera muitas questões assim, desencontros de informações; (...) - (ACE_S_SC_1);

(...) Muito, muito, muito porque com essas questões, às vezes a gente se sente deprimido de - de ir buscar a informação correta ou de você passar aquela informação pensando que ta correta, porque como essas fakes que estão aí, você sabe que hoje, pra tudo o ser humano pra ele engrandecer ou pra ele não engrandecer, ele inventa vários tipos de notícias e essas fake news ela vieram muito pra atrapalhar; (...) - (ACE_NE_MA_1);

Quanto à segunda questão de pesquisa: *Quais os desafios enfrentados pelos ACSs e ACEs em seus processos de capacitação profissional e aquisição de conhecimentos que os qualifiquem para atuar com eficiência quanto ao enfrentamento da Desinformação no contexto da saúde coletiva?* Para responder essa questão com uma visão em profundidade sobre capacitação recebidos pelos agentes de saúde, reproduz-se o posicionamento DSC, que contém a íntegra das respostas dos entrevistados (ACS_NE_BA_1).

“O que você pensa a respeito do treinamento recebido para exercer a função de ACS e ACE?” (Como o seu treinamento abordou os temas D, Z e C?)

Então, no começo, há 10 anos atrás, há 5 anos atrás a gente recebia muito treinamento. Fazia muito curso, especialização sobre as doenças. Era muito bom, a gente fazia muito curso mesmo, muita... Foi um aprendizado muito bom, mas de uns 5 anos pra cá a gente não tá fazendo nada. Nada, nenhuma reciclagem, nada, nada, nada. Se a gente tiver interesse em algo pra aprender tem que correr pra internet, porque depois foi mudando de prefeito e aí os prefeito não... os últimos não se interessam, não quer gastar, porque gasta, porque isso, porque aquilo e aí a gente fica sem nada mesmo, a gente tem que aprender sozinho mesmo. Se tiver dúvida tem que correr pra internet, nunca mais tivemos nada de reciclagem. Não, nada. Nem a Covid, nem a Covid a gente não teve nenhum treinamento (vide Apêndice B - Bloco II: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 1)

“De que modo os materiais didáticos aos quais você teve acesso para a sua formação contribuíram para o desenvolvimento do seu trabalho?”

Então, era.. era panfletos, livros vinha livros do Ministério da Saúde, vinha muita coisa boa do Ministério da Saúde, livro. A gente recebia muita coisa sobre DST, a gente recebia muito, hoje em dia não recebe mais nada sobre criança. Tipo as doenças, muito muito a gente recebia muita coisa. Cartilha ensinando e hoje em dia a gente não recebe mais nada. Nem o material pra gente trabalhar a gente recebe (vide Apêndice B - Bloco II: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 2)

Complemento a resposta com base na questão 13 do instrumento qualitativo: “*Quais as principais fontes de informação?*”, aproximadamente 43%, destacaram que busca apoio na “Equipe”, a partir dos relatos dos respondentes, como se segue:

Ó como eu digo, as redes sociais ela facilita muito a nossa vida, mesmo sem a gente estar recebendo capacitações, mas isso não impede a gente estar buscando informação no Google. Eu gosto de pesquisar no Google. Toda dúvida que eu tenho eu coloco no Google. Né? Eu tiro muito a minha dúvida no Google. Eu faço muita pesquisa. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACS_NE_MA_1);

Igual eu te disse, há muito tempo que não há uma reciclagem eh, às vezes quando eu tenho alguma dúvida eu vou no Google. (vide Apêndice B - Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde - Questão 13) (ACE_SE_MG_1);

Conclui-se, a partir do que foi exposto aqui, que formular políticas que permitam o acesso dos agentes de saúde e dos cidadãos à educação como meio de prepará-los para agir, de modo eficaz, em situações que requeiram mediação para garantir o sucesso dos projetos formulados com base na Alfabetização Informacional, entre eles, a AMI, seria um caminho de solução para o enfrentamento da desinformação.

Pesquisadores das Faculdades de Saúde, Comunicação e Ciência da Informação da Universidade de Brasília (FCI-UnB) desenvolveram um conjunto de ações que possibilitam a implementação de metodologias de ensino voltadas à formação específica dos ACS/ACE. A proposta, nesse sentido, é a criação de um curso na modalidade híbrida (presencial e à distância), onde esses profissionais contarão com o apoio de monitores para auxiliá-los em suas jornadas acadêmicas.

Para que a proposta elaborada pela FCI-UnB possa ser implementada, uma das recomendações é a realização de parcerias entre a universidade e as entidades que representam essas categorias de trabalhadores para que, juntos, elaborem um programa de ensino que contenha ações e cursos que sejam eficazes e aplicáveis no campo de atuação dos agentes de saúde. O objetivo, ressalta-se, é minimizar o impacto da desinformação no contexto da saúde.

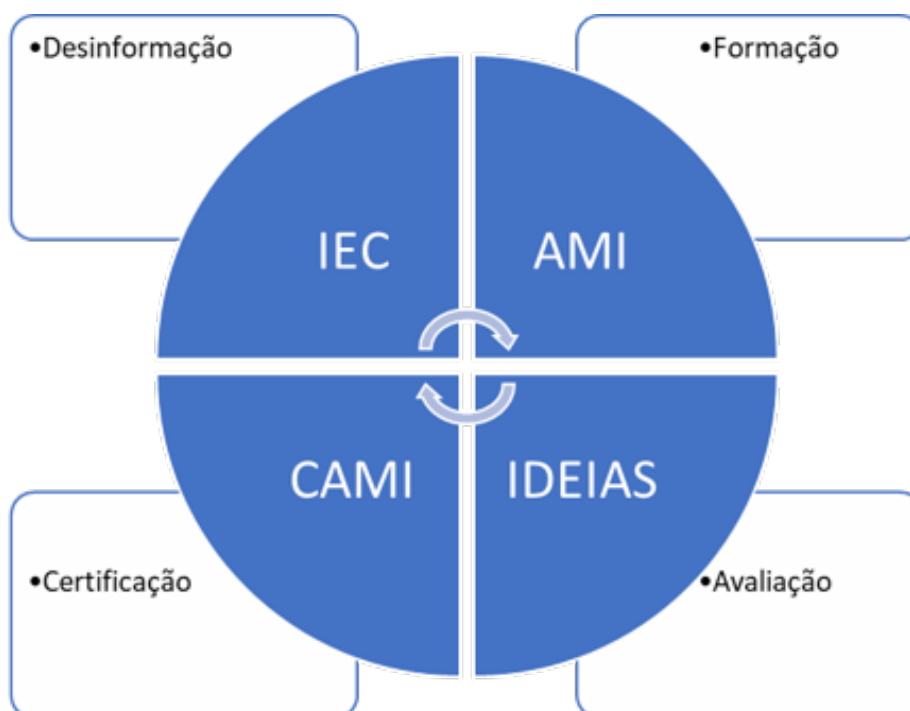
As sugestões apresentadas neste estudo têm os seus recortes voltados à AMI, por se tratar de uma metodologia de ensino flexível em termos de conteúdos. Por esse motivo, não é possível dissociar o primeiro apontamento sugestivo, de mesclar o estudo da Alfabetização Informacional com a Inclusão Digital, baseado no Modelo de Infoinclusão Social, de Cuevas

e Simeão (2011). Esses pesquisadores criaram o IDEIAS “Inclusão Digital e Educação Informacional para a Saúde” (IDEIAS), a partir de um estudo que apontou a necessidade de aplicar as metodologias que ancoram a Alfabetização Informacional e a Inclusão Digital como recursos para capacitar os ACS para o exercício de suas atribuições profissionais. Os estudiosos desenvolveram um modelo de avaliação baseado em competências digitais, informacionais e sociais, especificamente para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), com objetivo de que se transforme num método de aprendizagem permanente.

A pluralidade de estudos e projetos já realizados no campo da saúde, tendo como foco o uso das TICs como recurso para a elaboração de políticas que favoreçam a implementação de ferramentas e mecanismos tecnológicos que auxiliem no enfrentamento à desinformação é bastante positiva no contexto atual do Brasil, no que se refere à disseminação de falsas notícias. O emprego da tecnologia colabora para suprir as necessidades individuais e coletivas da população por meio da implementação de iniciativas destinadas a fortalecer processos de alfabetização midiática e informacional.

A proposta, com a conclusão dessa pesquisa, é a proposição de um Ecossistema de combate a desinformação, conforme Figura 21:

Figura 21 – Ecossistema de combate a desinformação



Fonte: Elaborado pelo autor

O que se propõe, a partir do presente estudo é:

- a) Que o Governo Federal concentre as ações de Alfabetização Midiática e Informacional no Ministério da Saúde (MS), na política do IEC e no Ministério das Comunicações (MCom), no formato de telecentros locais para formação híbrida dos ACS/ACE. Que esta iniciativa seja implementada por meio de parcerias com o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass), o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems) e a Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde e de Combate às Endemias (CONACS). Em relação às demais ações, de acordo com suas especificidades e respeitando os diferentes modos como se estruturam os órgãos governamentais e as diversas instituições de responsabilidade federal, a sugestão é manter esses parceiros interligados por redes de comunicação, as quais permitam que haja uma relação hierárquica onde os gestores sejam supervisionados diretamente pelo Governo;
- b) A criação de um modelo de gestão das atividades de campo no contexto onde a equipe multidisciplinar atua, envolvendo a Informação, a Educação e a Comunicação em Saúde (IEC), como forma de implementar as ações de alfabetização midiática e informacional que vão embasar as técnicas e conteúdos ministrados pelos monitores dos telecentros nos cursos de formação dos agentes de saúde, no formato híbrido;
- c) Criação e definição do perfil do Agente de Alfabetização Midiática e Informacional (PAMI);
- d) Identificação, alocação e capacitação de um agente em cada município, o qual se enquadre nesse perfil;
- e) Junção do modelo AMI com o IDEIAS, com o emprego dos conceitos das duas metodologias na formulação de um plano de treinamento/capacitação e avaliação dos ACSs e ACEs;
- f) Reconhecimento do mérito dos ACEs e ACSs aprovados nos cursos de formação, por meio de Certificado de Conclusão do Curso, onde conste o nível do treinamento/capacitação no qual o agente realizou a graduação: básico, intermediário e avançado (CAMI).

As propostas de implementação de medidas que colaborem com a promoção da saúde coletiva no Brasil, utilizando os recursos das TICs, fundamentam-se, por um lado, nos achados da pesquisa de campo que embasa essa tese e, por outro, na “convivência” do autor do presente estudo com a equipe da Saúde Coletiva na idealização do curso de Alfabetização Midiática e Informacional para Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias (AMlagente

).

É possível afirmar que existe um ponto de convergência entre os resultados do presente estudo e o que propõe a metodologia de ensino que embasa o curso AMIagente, no que se refere ao diagnóstico situacional dos problemas enfrentados pelo Brasil atualmente, em termos de desinformação. Nesse sentido, a iniciativa da UNESCO de propor a inclusão da AMI nas bases curriculares do ensino formal colabora, sobretudo, com os objetivos dessa pesquisa que é conscientizar o Governo sobre a necessidade de formular estratégias e criar mecanismos, com o auxílio das TICs, visando à superação desse grande desafio que é conter a disseminação de falsas notícias no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), Atenção Primária da Saúde (APS) e Estratégia da Saúde da Família (ESF).

Referências

ALMEIDA, Ricardo Marques de. Revista Consultor Jurídico. In: Contra a COVID-19, não há direitos? 01. [S. l.], 12 abr. 2020. Disponível em: <https://www.conjur.com.br/2020-abr-12/ricardo-marques-covid-19-nao-direitos?imprimir=1%20%20abril%20de%202020>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

ALVES, Gabrielle Werenicz. Uma comparação entre a pandemia de Gripe espanhola e a pandemia de Coronavírus: Entrevista. Notícias, Porto Alegre, p. 01, 1 fev. 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/ifch/index.php/br/uma-comparacao-entre-a-pandemia-de-gripe-espanhola-e-a-pandemia-de-coronavirus-por-gabrielle-werenicz-alves>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. Interface - Comunicação, saúde, educação, v. 9, n.16, p.39-52, 2005.

ANDRADE, Rodrigo de Oliveira. Resistência à Ciência: Crise de confiança suscita debate mundial sobre como enfrentar ataques ao conhecimento científico. Revista pesquisa FAPESP, [S. l.], n. 284, p. 01, 14 out. 2019. Disponível em: <https://revistapesquisa.fapesp.br/resistencia-a-ciencia/>. Acesso em: 16 de junho de 2020.

ARBOCONTROL. Caderno de Campo. Projeto Integrado - ArboControl Brasil, 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 no que tange às ações da Rede Brasil de Gestão da Informação e Tradução do Conhecimento. Brasília: NESP UnB, 2021.

ARCANJO, Daniela. Veja o que Bolsonaro já disse sobre coronavírus, de gripezinha a 'país de maricas'; assista a vídeo. Folha de São Paulo. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/veja-o-que-bolsonaro-ja-disse-sobre-coronavirus-de-certa-histeria-a-fantasia-e-nerouse.shtml?origin=folha>. Acesso em: 20 de junho de 2020.

ARAÚJO, Carlos Alberto Ávila. Políticas de informação em centros de memória universitários: questões práticas e implicações epistemológicas. IN: SIMEÃO e RONCAGLIO. Gestão da Memória: diálogos sobre políticas de informação, documentação e comunicação para a Universidade de Brasília / Cynthia Roncaglio e Elmira Simeão, [organizadoras]. – Brasília: editora Universidade de Brasília, 2016.

ARAÚJO IS, Cardoso JM. COMUNICAÇÃO E SAÚDE Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ASSIS, Wilson Martins. Fontes de informação para o setor siderúrgico. Ci. Inf., Brasília, v. 36, n. 2, p. 92-105, maio/agosto. 2007.

BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha. Pessoa, Vanira Matos. Sousa, Maria de Fátima Antero de. Nuto, Sharmenia de Araújo Soares. Freitas, Roberto Wagner Junior Freire de. Ribeiro, Kelen Gomes. Meyer, Anya Pimental Gomes Fernandes Vieira. Andrade, Luiz

Odorico Monteiro de. Complexidade e potencialidade do trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde no Brasil contemporâneo. SAÚDE DEBATE | RIO DE JANEIRO, V. 42, NÚMERO ESPECIAL 1, P. 114-129, SETEMBRO 2018.

BATES, Marcia J. The invisible substrate of information science. JASIS, v.19, p.3-5, 1999.

BELKIN, N. J. A concept of information for information science. Journal of Documentation, v34, n,1, p.55-85, march 1978.

BELLUZZO, Regina Célia Baptista. Competências na era digital: desafios tangíveis para bibliotecários e educadores. ETD - Educação Temática Digital, Campinas, v. 6, n. 2, p. 30-50, jun. 2005.

BELLUZZO, Regina Célia Baptista. Construção de mapas: desenvolvendo competências em informação e comunicação. 2. ed. Bauru: Cá Entre Nós, 2007.

BELLUZZO, Regina Célia Baptista. Simeão, Elmira Luzia Melo Soares. Santos, Rafael Barcelos, Competência em informação (ColInfo) no bibliotecário protagonista: estudo do perfil da Rede de Bibliotecas de Pesquisa do MCTIC à luz do Diagrama Belluzzo@1. Inc.Soc., Brasília, DF, v.8 n.1, p.89-100, jul./dez., 2014.

BRITO, Joscélia. Leite, Iani . Novais, Jaílson. Discurso do sujeito coletivo na prática. 2021. Acessado em: https://www.researchgate.net/publication/350715321_Discurso_d_o_sujeito_coletivo_na_pratica.

BROOKES, B. C. The foundations of information science: part I philosophical aspects. Journal of Information Science, n.2, p.125-133, 1980.

BORKO, H. Information science: what is it? American Documentation, v.19, n.1, p.3-5, 1968.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa. Brasília: MS/Fundação Nacional de Saúde, set. 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. Acesso em 28/junho/2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. (Cadernos de Atenção Básica, 1) Brasília, Ministério da Saúde, 2000. Acesso em 28/junho/2022. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 28/junho/2022. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacaoe>

s/geral/manual_acs.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Guia prático do agente comunitário de saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Acesso em 28/junho/2022. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/geral/guia_acs.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. acesso em 2020 dez 16]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Caderno de atenção domiciliar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012. 2 v. : il.

_____. [Constituição (1988)] Constituição da República Federativa do Brasil [recurso eletrônico] : texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 85/2015 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. – Brasília : Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2015. (https://www.senado.leg.br/atividade/const/con1988/CON1988_05.10.1988/art_196_.asp)

_____. Ministério da Saúde. Portal da Secretaria de Atenção Primária a Saúde. Ministério da Saúde – MS. Secretaria de Atenção à Saúde – SAS. Departamento de Atenção Básica – DAB. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/smp/smpoquee> acessado: 04/05/2022.

_____. LEI Nº 13.979, DE 6 DE FEVEREIRO DE 2020. Presidência da República Secretaria-Geral Subchefia para Assuntos Jurídicos, [S. l.], 6 fev. 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/l13979.htm. Acesso em: 10 de junho de 2020.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. Manual sobre Medidas de Proteção à Saúde dos Agentes de Combate às Endemias. Volume 1: Arboviroses Transmitidas pelo *Aedes aegypti*. [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Saúde Ambiental, do Trabalhador e Vigilância das Emergências em Saúde Pública. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_proteção_agentes_endemias.pdf Acessado em 17 de abril de 2021.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Descentralização do controle de endemias. Brasília: Ministério da Saúde, 1994b. 64 p.

_____. Lei nº 13.595, de 5 de janeiro de 2018. Altera a Lei nº 11.350, de 5 de outubro de 2006, para dispor sobre a reformulação das atribuições, a jornada e as condições

de trabalho, o grau de formação profissional, os cursos de formação técnica e continuada e a indenização de transporte dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Combate às Endemias. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, 18 abr. 2018a. Brasil, Ministério da Saúde [site da Internet]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/visao.cfm?id_area=149. Acessado em agosto de 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. O trabalho do agente comunitário de saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 84 p.: il. – (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. DF, MS, FUNASA, 1994

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual do Agente Comunitário de Saúde. DF, MS, FUNASA, 1991

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Memórias da saúde da família no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 144 p.: il. – (Série I. História da Saúde no Brasil).

_____. Ministério da Saúde. Manual para a organização da atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 1998.

_____. Ministério da Saúde. Portaria no. 415, de 24 de agosto de 1987. D.O. 25.08.87.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Saúde lança serviço de combate à Fake News. 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/fakenews>. Acessado em: 28 agosto de 2018.

BUCKLAND, M. K. Information as thing. JASIS, v.42, n.5, p.351-360, June, 1991.

CAMPOS, M. L. de A.; GOMES, H. E. Taxonomia e Classificação: o princípio de categorização. DataGramaZero, [S.l.], v. 9, n. 4, ago. 2008. Disponível em: <https://brapci.inf.br/index.php/res/v/6615>. Acesso em: 17 jul. 2021.

CASTELLS, Manuel. A sociedade em rede (A era da informação: economia, sociedade e cultura); Volume 1, São Paulo: Editora Paz e Terra, 2a. ed., 1999.

CAPURRO, Rafael et al. O conceito de informação. Perspectivas em Ciência da Informação, [S.l.], v. 12, n. 1, nov. 2007. ISSN 19815344. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/54>>. Acesso em: 10 de abril de 2020.

CAPURRO, R. Foundations of information science: review and perspectives. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON CONCEPTIONS OF LIBRARY AND INFORMATION SCIENCE, Finland, 1991. Proceedings. . . Tampere: University of Tampere, 1991. Available: <<http://www.capurro.de/tampere91.htm>>. Access: Apr 14. 2004.

CAPURRO, R.; HJØRLAND, B. The concept of information. Annual Review of Information Science and Technology, v. 37, p. 343-411, 2003. Available: <<http://www.capur>

ro.de/infoconcept.html>. Access: May 15. 2004 (A versão online não é idêntica à versão impressa).

CECCIM, R.; MACHADO, N. Contato domiciliar em saúde coletiva. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

CGI.BR - Comitê Gestor da Internet no Brasil. RESUMO EXECUTIVO —P E S Q U I S A TIC DOMICÍLIOS 2020.

CHOO, Chun Wei. Information management for the intelligent organization: the art of scanning the environment. 2. ed. ASIS monograph series, 1998.

CML, Consortium for Media Literacy Volume No. 109 March 2019. Disponível em: <https://www.medialit.org/sites/default/files/connections/Public%20Health%20and%20Media%20Literacy%20-%20March.pdf> acessado em 20 jan 2020.

CUEVAS CERVERÓ, Aurora, SIMEAO, Elmira (coords.), Alfabetización informacional e inclusão digital: modelo de infoinclusão social, Cuevas e Elmira Simeão, coordenadoras. Brasília: Thesaurus, 2011

CUEVAS CERVERÓ, Aurora, SIMEAO, Elmira (coords.), Alfabetização informacional e inclusão digital: hacia un modelo de infoinclusión social, Gijón, Trea, 2011

COIRO J, Knobel M, Lankshear C, Leu DJ. Handbook of Research on New Literacies. 1st ed. New York: Routledge; 2008.

COSTA-MARINHO, Mary Lucia. O discurso do sujeito coletivo: uma abordagem qualiquantitativa para a pesquisa social. Trabajo Social Global: Revista de Investigaciones en Intervención Social, Granada, v. 5, n. 8, p. 90–115, 2015. DOI <https://doi.org/10.30827/ts-g-gsw.v5i8.3093>.

COSTA, M.; LÓPEZ, E. Educación para la salud. Madrid: Pirámide, 1996.

CUNHA, Murilo Bastos. Manual de fontes de informação. Brasília: Briquet de Lemos, 2011.

CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto / John W. Creswell ; tradução Luciana de Oliveira da Rocha. - 2. ed. - Porto Alegre: Art-med, 2007. 248 p.: il. ;23cm.

DENISOVA, Anastasia. How propaganda from the Russian Revolution brought about today's 'troll factories'. INDEPENDENT, [S. l.], p. 01, 17 nov. 2017. Disponível em: <https://www.independent.co.uk/voices/russian-trolls-us-election-brexit-roots-revolution-a8060711.html>. Acesso em: 21 de agosto de 2020.

DUDZIAK, Elisabeth Adriana. Os faróis da sociedade de informação: uma análise crítica sobre a situação da competência em informação no Brasil. Informação & Sociedade: estudos, João Pessoa, v.18, n.2, p.41-53, maio/ago., 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/31514733_Os_farois_da_sociedade_de_informacao_uma_analise_critica_sobre_a_situacao_da_competencia_em_informacao_no_Brasil. Acesso em: 17 de outubro de 2019.

DUKE NK, Carlisle J. The development of comprehension. In: Kamil ML, Pearson

PD, Moje EB, Afflerbach PP, eds. Handbook of Reading Research. Vol 4. New York, NY: Routledge; 2011:199–228

KATZ, ELIHU e Paul Lazarsfeld, Personal Influence, Nova York: The Free Press, 1955. Trad. Fr. Influência pessoal. O que as pessoas fazem com a mídia, Armand Colin & INA, 2008.

FALLIS, D. A conceptual analysis of disinformation. Paper presented at the iConference, 2009.

FERREIRA, Marcelo Antônio; GALDO, Rafael. Mais vulneráveis ao coronavírus, idosos resistem à quarentena. O GLOBO, [S. l.], p. 01, 21 mar. 2020. Disponível em: <https://oglobo.globo.com/sociedade/coronavirus-servico/mais-vulneraveis-ao-coronavirus-idosos-resistem-quarentena-24319727>. Acesso em: 15 de junho de 2020.

FERREIRA, A.; SARAIVA, J.C. Comunicação em saúde em órgãos governamentais. In: MENDONÇA, V.; SOUSA, M.F. de; PARREIRA, C.M.S.F.; SIMEÃO, E. Comunicação da informação em saúde: aspectos de qualidade. Brasília: Ed. do Departamento de Ciência da Informação e Documentação, 2008.

FLORIDI, Luciano. Brave.Net.World: The Internet as a disinformation superhighway? In: Oxford, The Electronic Library, v.14, n. 6, pp.509 – 514, 1996. Disponível em: <<http://www.philosophyofinformation.net/publications/pdf/bnw.pdf>>.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 45. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2013.

FROHMANN, B. Taking information policy beyond information science: applying the actor network theory. In: ANNUAL CONFERENCE OF THE CANADIAN ASSOCIATION FOR INFORMATION SCIENCE, 23, 1995, Edmonton, Alberta. Proceedings. . . Alberta, 1995. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/dept/slis/cais/frohmann.htm>> Acesso em: 27 de fevereiro de 2009.

FULLAN M. Stratosphere: Integrating Technology, Pedagogy and Change Knowledge. Toronto, ON: Pearson; 2013.

GALHARDI, Claudia; MINAYO, Maria Cecília de Souza. Estudo identifica principais *fake news* relacionadas à COVID-19. In: Estudo identifica principais *fake news* relacionadas à COVID-19: Informe Ensp. Rio de Janeiro, 21 maio 2020. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-identifica-principais-fake-news-relacionadas-covid-19>. Acesso em: 20 de novembro de 2020.

GIELOW, Igor. Maioria tem medo de coronavírus e apoia medidas de contenção, diz Datafolha. FOLHA DE S. PAULO, São Paulo, 22 mar. 2020. Saúde, p. 01. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/equilibrioesaude/2020/03/maioria-tem-medo-de-coronavirus-e-apoia-medidas-de-contencao-diz-datafolha.shtml>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

GIL A. C. Como elaborar projetos de pesquisa. 5. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

GIOVANELLA, Ligia. Bousquat, Aylene. Schenkman, Simone. Almeida, Patty Fidelis

de. Sardinha, Luciana Monteiro Vasconcelos. Vieira, Maria Lúcia França Pontes. Cobertura da Estratégia Saúde da Família no Brasil: o que nos mostram as Pesquisas Nacionais de Saúde 2013 e 2019. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(Supl. 1):2543-2556, 2021. DOI: 10.1590/1413-81232021266.1.43952020.

GINMAN, M. Quality information, and information for quality *In*: WORMELL, I. Information Quality: definitions and dimensions. London: Taylor Graham, 1990. p. 19-33.

GONTIJO, M. Análise da proposta brasileira de e-governo como expressão de uma política de informação a partir do conceito de regime de informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*, v. 7, n. 2, p. 179-188, jul./dez. 2002. Disponível em: <<http://www.e-ci.ufmg.br/pcionline/index.php/pci/article/viewFile/406/217>>. Acesso em: 03 de março de 2009.

GONZÁLEZ DE GÓMEZ, M. N. Novos cenários políticos para a informação. *Ciência da Informação*, v. 31, n. 1, p. 27-40, 2002.

GOOGLE (Brasil). Acharam a cura para o coronavírus. *In*: Acharam a cura para o coronavírus: Pesquisar. [S. l.], 8 jul. 2020. Disponível em: <https://trends.google.com.br/trends/explore?geo=BR&q=acharam%20a%20cura%20para%20o%20coronavirus>. Acesso em: 8 de julho de 2020.

HIGH-LEVEL Colloquium on Information Literacy and Lifelong Learning Final Report. Alexandria: UNESCO/NFIL/IFLA, 2006. Disponível em: . Acesso em: 12 mar. 2006.

HARDINGHAM, Alison. Trabalho em equipe/Alison Hardingham; tradução Pedro Marcelo Sá de Oliveira e Giorgio Cappelli — São Paulo: Nobel, 2000.

IBGE, Classificação e caracterização dos espaços rurais e urbanos do Brasil : uma primeira aproximação / IBGE, Coordenação de Geografia. Rio de Janeiro: IBGE, 2017. 84p. - (Estudos e pesquisas. Informação geográfica, ISSN 1517-1450 ; n. 11) .

IFCN. INTERNATIONAL FACT CHECKING NETWORK: Code of Principles Report. *In*: The commitments of the code of principles. [S. l.], t. 2018. Disponível em: <https://ifcncodeofprinciples.poynter.org/know-more/the-commitments-of-the-code-of-principles>. Acesso em: 14 de outubro de 2020.

IGNARRA, Regina Maria. Informação, Educação e Comunicação: Uma estratégia para o SUS. 1996. Em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd08_11.pdf acessado em 18 Jul 2022.

NCPI, Comitê Científico Núcleo Ciência pela Infância .Impactos da Estratégia Saúde da Família e Desafios para o Desenvolvimento Infantil: estudo 5/ São Paulo. 2019.

JAMOVI project (2021). jamovi (Version 1.6) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>

JODELET, Denise. Representações sociais: um domínio em expansão. *In*: JODELET, Denise (Org.). As representações sociais. Trad. Lilian Ulup. Rio de Janeiro: UERJ, 2010. p. 17-44.

KIND, Luciana; CORDEIRO, Rosineide. Narrativas sobre a morte: a Gripe Espanhola

e a COVID-19 no Brasil. *Psicol. Soc.*, Belo Horizonte, v. 32, e020004, 2020. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822020000100403&lng=en&nrm=iso>. access on 20 Nov. 2020. Epub Sept. 04, 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32240740>.

KATZ, R. L. Skills of an effective administrator. *Harvard Business Review*, n. 52, p. 90-102, Sept./Oct. 1974.

KOEHLER, W. An analysis of web page and web site constancy and permanence. *Journal of the American Society for Information Science*, v. 50, n. 2, p. 162-180, feb. 1999.

LAZARSFELD, P.F., BERELSON, B. & GAUDET, H. (1944). *The people's choice: How the voter makes up his mind in a presidential campaign*. New York: Columbia University Press.

LE COADIC, Y. *Ciência da informação*. Brasília: Briquet de Lemos, 2004.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. M. C. *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: Educs, 2003. (Desdobramentos).

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *O sujeito que fala*, 2006. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 10, n. 20, p. 517–524, 2006. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832006000200017>

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. *Discurso do sujeito coletivo: Representações sociais e intervenções comunicativas*. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 23, n. 2, p. 502–507, 2014. DOI <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201400000014>.

LEU DJ, Forzani E, Rhoads C, Maykel C, Kennedy C, Timbrell N. The new literacies of online research and comprehension: rethinking the reading achievement gap. *Read Res Q.* 2014;50(1):37–59.

LÉVY, Pierre. *A Inteligência Coletiva*. São Paulo: Loyola, 1998

LIMA, N. T. *O Brasil e a Organização Pan-Americana de Saúde: uma história em três dimensões*. In: FINKELMAN, J. (Org.). *Caminhos da saúde pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MEADOWS, A.J. *A comunicação científica*. Brasília: Briquet de Lemos / Livros, 1999. Cap. 1-3.

MENDONÇA, Ana Valéria Machado. *A Integração de Redes Sociais e Tecnológicas: Análise do Processo de Comunicação para Inclusão Digital* / Ana Valéria Machado Mendonça. Brasília, 2007. 349 f : il. Tese (Doutorado em Ciência da Informação)., Universidade de Brasília – UnB, Departamento de Ciência da Informação e Documentação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, 2007.

MARÉS, Francisco. #Verificamos: 'Vacina' que cura COVID-19 em apenas três horas não existe. *FOLHA DE S. PAULO - UOL*, Rio de Janeiro, p. 01, 23 mar. 2020. Disponível em: <https://piaui.folha.uol.com.br/lupa/2020/03/23/verificamos-vacina-coronavirus-roche/>. Acesso em: 8 de julho de 2020.

MARTELETO, R. M.. Análise de redes sociais - aplicação nos estudos de transferência da informação. In Revista Ciência da Informação, v. 30(n. 1) pages 71-81, IBICT, 2001.

MARCHAND, D. Managing information quality. In: WORMELL, I. Information Quality: definitions and dimensions. London: Taylor Graham, 1990. p.7-17.

MATHEUS, R.F. Rafael CAPURRO e a filosofia da informação: abordagens, conceitos e metodologias de pesquisa para a Ciência da Informação. Perspectivas em CI. Belo Horizonte, v.10 n.2, p.140-165, jul./dez. 2005.

MEF. MOBILE COMMUNICATION FOR EMPLOYEES 2021 CONVERGING PRIVATE AND PROFESSIONAL LIVES.2021 Mobile Ecosystem Forum Ltd. Disponível em:<https://www.mobiletime.com.br/noticias/09/08/2021/whatsapp-e-usado-como-ferramenta-de-trabalho-por-84-dos-brasileiros/> Acessado em 10 nov de 2022.

MIARELI, Amanda Vaz Tostes Campos. Trabalho multiprofissional na ESF: dificuldades ou desafios?. Campos Gerais , 32f., 2012. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família).

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. Em: _____. (org.). Pesquisa social – teoria, método e criatividade. 18.ed., Petrópolis: Vozes, 1994, pp. 09-29.

MINICUCCI, Agostinho. Técnicas do trabalho em grupo. 3.ed. São Paulo. Atlas, 2001.

MINTZBERG, H. MANAGING: DESVENDANDO O DIA A DIA DA GESTÃO. (Tradução: Francisco Araújo da Costa). Porto Alegre: Bookman, 2010. 302p. ISBN 978-85-778-0669-0.

MIRANDA e SIMEÃO. Transferencia de información y transferencia de tecnología en el modelo de Comunicación Extensiva: la Babel.com. Texto publicado também na revista Información, Cultura y Sociedad, revista del Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas, Buenos Aires, n.10, 2004, p.27-40 (ISSN 1514-8327). No Brasil publicado na revista Comunicações Técnicas Florestais, da Faculdade de Tecnologia da Universidade de Brasília, Dep. Engenharia Florestal, Brasília, junho 2004, Vol. 6, n. 1, p.71-86 (ISSN 1517-1922).

MONTEIRO, S. D.; ABREU, J. G. de. O pós-moderno e a organização do conhecimento no ciberespaço: agenciamentos maquínicos. Datagramazero, v. 10, n. 6, dez. 2009. Disponível em: [HTTP://www.dgz.org.br/dez09/Art_05.htm](http://www.dgz.org.br/dez09/Art_05.htm) Acesso em: 03 mai. de 2017.

MOROSINI, M. V. Educação e Trabalho em Disputa no SUS: a política de formação dos agentes comunitários de saúde. Rio de Janeiro: EPSJV, 2010.

MOTA, E. - Algumas reflexões sobre o papel da informação e da comunicação social em saúde no processo decisório, in: Informação e Comunicação Social em Saúde, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde, n° 15. Brasília:OPAS,1995, pág. 55.

MUELLER, Suzana. A ciência, o sistema de comunicação científica e a literatura científica. In: CAMPELLO, B.S.; CENDÓN, B.V.; KREMER, J.M.(Orgs). Fontes de informação para pesquisadores e profissionais. Belo Horizonte: UFMG, 2000. p. 21-34.

OCDE. Education at a Glance 2015: OECD Indicators. Paris, France: OECD Publishing; 2015.

OERS. Bert van .Where Is the Child? Controversy in the Neo-Vygotskian Approach to Child Development, Mind, Culture, and Activity, 2011.2011.18:1, 84-88, DOI: 10.1080/1074903090331198

OLIVEIRA, Silvia Ximenes; OLIVEIRA, Moisés Barbosa; CAMBOIM, Francisca Eli-divânia de Farias; NÓBREGA, Maria Mirtes Sá; LIMA, Adalmira Batista, MELO Aristeia Candeia de. Teoria das representações sociais e o discurso do sujeito coletivo como ferramentas para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas. Temas em Saúde, João Pessoa, edição especial, p. 126–135, 2018.

OMS. Organização Mundial da Saúde. declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

ONU, Organização das Nações Unidas do Brasil. Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável [Internet]. Brasil: Organização das Nações Unidas do Brasil; 2015 [cited 20 Dec 2018]. Available at: <https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Relatório 30 anos de SUS, que SUS para 2030? Brasília: OPAS; 2018.

OPAS. Entendendo a infodemia e a desinformação na luta contra a COVID-19 – COVID-19. 2020. Folheto informativo. Saúde digital.

ORSI, Carlos. *Fake news* em saúde: o inimigo mora ao lado. Instituto Questão de Ciência. *FAKE NEWS E SAÚDE*. 2020.

PAIM, J. S. Descentralização das ações e serviços de saúde no Brasil e a renovação da proposta “Saúde para Todos”. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social; 2002. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 175).

PAUL F. Lazarsfeld, Bernard Berelson e Hazel Gaudet, A escolha do povo: como o eleitor se decide em uma campanha presidencial . Nova York, Columbia University Press, 1944.

PASSOS, Úrsula; FABRINI, Fábio; LINHARES, Carolina. Com apoio de Bolsonaro, manifestantes ignoram coronavírus e fazem atos pró-governo. FOLHA DE S. PAULO, [S. l.], p. 01, 15 mar. 2020. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/poder/2020/03/com-apoio-de-bolsonaro-manifestantes-ignoram-coronavirus-e-fazem-atos-pro-governo.shtml>. Acesso em: 19 de junho de 2020.

PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Brito, Vladimir de Paula: Em busca do significado da desinformação. DataGramZero - Revista de Informação. 2014 - v.15 n.6 dez/14.

POZ M, Viana A. A Reforma no Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*.1998; 8(2):11-48.

RABAGLIO, Maria Odete. Seleção por Competências. 2ª edição – Editora: Educator, São Paulo, 2001.

REIS, Margarida Maria de Oliveira. Acesso e uso do Portal de Periódicos CAPES

pelos professores da Universidade Federal do Acre. 2005. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Educação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação, Florianópolis, 2005.

RIEH, Soo Young. Judgment of information quality and cognitive authority in the web 2002, 53(2):145-161 *Journal of the American Society for Information Science and Technology*. Acessado em: https://repository.arizona.edu/bitstream/handle/10150/106023/rieh_jasist02_dlist.pdf?sequence=1 em 14 out 2019.

ROBIC, A. R. & SBRAGIA, R. (1996) Sucesso em projetos de informatização: Critérios de avaliação e fatores condicionantes. *Caderno de Pesquisa em Administração*, v. 1, n. 2, p. 1-12, 1º sem.

RODRIGUES, B.A. em seu livro *Fundamentos de Administração Sanitária*, citado por PITTA, A.M.R. *Comunicação e Saúde: a complexidade dos conceitos e desafio das práticas*, in: *Informação e Comunicação em Saúde, Série Desenvolvimento de Serviços de Saúde*, nº 15. Brasília/DF: OPAS, 1995, pág.16.

Core Team (2021). R: A Language and environment for statistical computing. (Version 4.0) [Computer software]. Retrieved from <https://cran.r-project.org>. (R packages retrieved from MRAN snapshot 2021-04-01).

ROWLANDS, I. Understanding information policy: concepts, frameworks and research tools. 1996. *Journal of Information Science*, 22 (1), 13–25. <https://doi.org/10.1177/016555159602200102>

SANTAELLA, L. *Comunicação e pesquisa: projetos para mestrado e doutorado*. São Paulo. Hacker. 2001.

SANTOS, Rafael Barcelos. *Perfil do bibliotecário universitário: uma abordagem contemporânea sob a ótica das iniciativas formadoras de Competência em Informação (ColInfo)*. Brasília 2017. 240 f. Dissertação (Mestrado em Ciência da Informação) - Universidade de Brasília. Faculdade de Ciência da Informação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Brasília, 2017

SAYURI, Juliana. Coronavírus: inércia política aumenta número de mortes, indica estudo. *BBC News Brasil*, [S. l.], p. 01, 6 maio 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-52467167>. Acesso em: 10 de junho de 2020.

SARACEVIC, T. Interdisciplinary nature of information science. *Ciência da Informação* – Vol. 24, número 1, 1995.

SARACEVIC, T. Information Science. *JASIS – Journal of the American Society for Information Science*, v. 50, n. 12, p. 1051-1063, 1999.

SARACEVIC, T. *Ciência da Informação: origem, evolução e relações*. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 41-62, jan./jul. 1996. Disponível em: Acesso em: 21 de outubro de 2019.

SATIE, Anna; VENAGLIA, Guilherme; MAGALHÃES, Leandro. Gostaria que saíssem às ruas como eu, responde Bolsonaro a Maia e Alcolumbre. *CNN BRASIL*, [S. l.], p. 01, 16

mar. 2020. Disponível em: <https://www.cnnbrasil.com.br/politica/2020/03/15/gostaria-que-sa-issem-as-ruas-como-eu-responde-bolsonaro-a-maia-e-alcolumbre>. Acesso em: 18 de junho de 2020.

SCHWUCHOW, W. Problems in evaluating the quality of information services. *In*: WORMELL, Information Quality: definitions and dimensions. London: Taylor Graham, 1990. p. 55-68.

SEKARAN, Uma. Research Methods for business: A Skill Building Approach. Singapore: John Wiley & Sons, Inc.2000.

SHANNON C.E. The mathematical theory of communication. The Bell System Technical Journal, Vol. 27, pp. 379–423, 623–656, 1948. Disponível em: <<http://math.harvard.edu/~ctm/home/text/others/shannon/entropy/entropy.pdf>>. Acesso em: 01 mar 2018.

SIQUEIRA, André. Curso Introdução ao inbound marketing. RD UNIVERSITY (2019).

SOUSA, M.F. Projeto de pesquisa: UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL . Universidade de Brasília / Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares / Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP/CEAM/UnB).Brasília – DF. Março de 2021.

SOUSA M.F, Fernandes A, Araújo C, Fernandes MC. Gestão da atenção básica: redefinindo contextos e possibilidades. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2000; 21:7–14.

SOUSA,M.F. MENDONÇA A.V., LINHARES, R. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil. In, *Alfabetização informacional e Inclusão Digital: modelo de Infoinclusão social* / Aurora Cuervas E Elmira Simeão, coordenadoras. Brasília: Thesaurus, 2011

SANTANA, G. P. (&) Simeão, E. L. M. S. Disinformation Culture: A Reflection on Origins, Dissemination Methods, Contexts, and Confrontation: B. Medeiros Neto et al. (eds.), *Digital Convergence in Contemporary Newsrooms, Studies in Systems, Decision and Control* 370. Springer Nature Switzerland AG 2022. https://doi.org/10.1007/978-3-030-74428-1_8.

SANTANA, M.L.; CARMAGNANI, M.I. Programa Saúde da Família no Brasil: um enfoque sobre seus pressupostos básicos, operacionalização e vantagens. *Saúde e Sociedade*, v.10, n.1, p.33-53, 2001.

STAIR, Ralph M. Princípios de sistemas de informação: uma abordagem gerencial. Rio de Janeiro: LTC - Livros Técnicos e Científicos, 1998.

STARFIELD, Barbara. Atenção Primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços-tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STUMPF, Ida Regina Chittó. Revistas universitárias brasileiras: barreiras na sua produção. *Transinformação*, Campinas, v. 9, n. 1, p.45-57, jan./abr. 1997.

TAKAHASHI, R. F.; OLIVEIRA. M. A. C. A visita domiciliar no contexto da Saúde da família. In: BRASIL, Ministério da Saúde (Org.). *Manual de Enfermagem*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

TOMÁZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um ‘super-herói’.

Interface – Comunicação, Saúde, Educação, 6(10): 84-88 fev. 2002.

TOMAÉL, Maria Inês. (Org.). Fontes de informação da Internet. Londrina: EdUEL, 2008. 184 p.

TORRES, R. Agentes de combate a endemias: a construção de uma identidade sólida e a formação ampla em vigilância são desafios dessa categoria. Revista Poli: Saúde, Educação e Trabalho, Rio de Janeiro, jan./fev. 2009, p. 16-17. Disponível em http://www.eps.jv.fiocruz.br/sites/default/files/revista_poli_-_3.pdf. Acesso em: 1 fev. 2019.

TUMA, Ana Beatriz; SALDANHA, Felipe. Fact-checking e debunking na cobertura de saúde: análise comparativa das estratégias utilizadas e temas abordados por serviços brasileiros de checagem. VI Seminário de Pesquisa em Jornalismo Investigativo. Universidade Anhembi-Morumbi, [S. l.], p. 01, 29 jun. 2019.

UNITED STATES DEPARTMENT OF EDUCATION. Future ready learning: reimagining the role of technology in education. 2016 National Educational Technology Plan. 2016. Available at: <https://tech.ed.gov/files/2015/12/NETP16.pdf>. Access May 23, 2016.

VALENTIM, Marta (Org.). Ambientes e fluxos de informação. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2010. 281 p.

VERGARA SC. Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração. 12. ed. São Paulo: Atlas; 2010.

VYGOTSKY, L. S. Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar. In Vygotsky, L. S. et al (1988). Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem. Ícone editora. São Paulo. pp. 103 – 117.

WANG Y, McKee M, Torbica A, Stuckler D. Systematic Literature Review on the Spread of Health-related Misinformation on Social Media. Soc Sci Med. 2019 Nov;240:112552. doi: 10.1016/j.socscimed.2019.112552. Epub 2019 Sep 18. PMID: 31561111; PMCID: PMC7117034.

WARDLE, Clarie; DERAKHSHAN, Hossein. Information Disorder: Towards an Interdisciplinary Framework for Research and Policy Making. First draft news, [S. l.], 27 set. 2017. Council of Europe report DGI (2017)09, p. 01. Disponível em: <https://firstdraftnews.org/wp-content/uploads/2017/11/PREMS-162317-GBR-2018-Report-de%CC%81sinformation-1.pdf?x33391>. Acesso em: 12 de março de 2020.

WARDLE, C. *Fake news*. It's Complicated. First Draft News. 2017. Disponível em: <https://firstdraftnews.com/fake-news-complicated/> acessado em 11 de julho de 2018.

WERSIG, G. NEVELING, U. Os fenômenos de interesse para a ciência da informação (tradução do original: Information scientist, v9, n.4,p.127-140, Dec., 1975) Disponível em: <<http://www.alvaresrech.com/lillian/GestaoDaInformacao/Rogério/WersigNeveling.pdf>>. Acesso em: 01 Mar. 2018.

WILSON, Carolyn. Alfabetização midiática e informacional: currículo para formação de professores / Carolyn Wilson, Alton Grizzle, Ramon Tuazon, Kwame Akyempong e Chi-Kim Cheung. – Brasília: UNESCO, UFTM, 2013. 194 p.

OLAISEN, J. Information quality factors and the cognitive authority of electronic information. In: WORMELL, I. (Ed.). Information quality: definitions and dimensions. London: Taylor Graham, 1990. P. 84-91.

Apêndices

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista estruturada ACS e ACE

Universidade de Brasília – UnB
Faculdade de Ciências da Saúde – FS
Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde

QUESTÕES PARA ELABORAÇÃO DO QUESTIONÁRIO ELETRÔNICO – ACE e ACS

Prezado(a) ACS/ACE,

Convidamos você a participar da pesquisa “ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL”, desenvolvida pelo Laboratório de Educação, Informação e Comunicação em Saúde da Faculdade de Ciências da Saúde (LabECoS/FS) e pelas Unidades de Tecnologia de Informação e Comunicação em Saúde (UTICS) e de Estudos e Pesquisas em Saúde da Família (UEPSF) do Núcleo de Estudos de Saúde Pública (NESP), do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM) da Universidade de Brasília (UnB).

A pesquisa tem por objetivo realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos ACS e ACE (incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas) para promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que auxiliem o aprimoramento das competências e práticas dos ACS e ACE, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

Sua participação é voluntária e consistirá em responder a seis blocos de questões sobre você e suas atividades no cotidiano de trabalho.

Os resultados alcançados contribuirão para a definição de diretrizes e fortalecimento de suas atribuições junto à Atenção Primária à Saúde (APS), no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Para participar, basta ler atentamente ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, em seguida, clicar em “Declaro que li, compreendi e concordo. . .” para continuar.

ATENÇÃO! Antes de começar a responder o questionário, role a página até o final, clique no botão “Salvar e retornar mais tarde” informe seu endereço de e-mail e clique no botão “Enviar link do inquérito”

O link de retorno enviado por e-mail permitirá voltar a preencher o questionário de onde parou, caso o processo seja interrompido (perda de conexão com a internet, falta de energia elétrica, falha no equipamento, etc.).

Para recuperar suas respostas, basta clicar no link enviado. Vamos lá?

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente do projeto de pesquisa “Estudo Multicêntrico sobre as práticas dos Agentes de Combate às Endemias (ACE) e dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no Brasil”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos ACS e ACE (incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas) para promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que auxiliem o aprimoramento das competências e práticas dos ACS e ACE, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades.

O(a) senhor(a) receberá, todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília, Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável, Universidade de Brasília – UnB, Faculdade de Ciências da Saúde – FS, Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP.

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. Maria Fátima de Sousa, na Universidade de Brasília – no Núcleo de Estudos em Saúde Pública – NESP/UnB, pelo telefone (61) 3107-7940, com possibilidade de ligações a cobrar, ou ainda pelo endereço de e-mail pacs30anos@gmail.com.

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, Brasília - DF.

O tempo estimado para responder este questionário eletrônico é de 15 a 25 minutos.

Declaro que li, compreendi e concordo com os objetivos e condições do meu envolvi-

mento nesta pesquisa CONFIRMANDO este termo.

(((CONFIRMAR)))

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1 .Você trabalha como agente de saúde?

Sim, sou Agente de Combate às Endemias

Sim, sou Agente Comunitário de Saúde

Não trabalho como agente de saúde

2. Qual é o seu nome completo?

3. E-mail para contato: (Deixe em branco esta entrada e marque a opção “Não tenho / não uso e-mail” abaixo, caso não use e-mail.)

(Este e-mail será usado para o envio de lembretes.)

Não tenho / Não uso e-mail

4. Telefone CELULAR para contato: (NÃO APAGUE O “55”. Digite o DDD e seu número de telefone após este valor)

(Ex. 556199999999)

BLOCO 1: IDENTIFICAÇÃO PESSOAL (continuação)

1. Qual a sua idade?

2. Qual estado você mora?

3. Reside em qual município?

4. Reside a quanto tempo neste município/cidade?

("0" para menos de 1 ano)

5. Você trabalha no mesmo município onde mora?

Sim

Não

5a. Em qual município você trabalha?

6. Conforme a classificação do IBGE no que se refere à cor, raça/etnia, você se identifica:

branco

preto

pardo

amarelo

indígena

7. Com qual gênero você se identifica?

feminino

masculino

outro

BLOCO 2: FORMAÇÃO E EDUCAÇÃO PROFISSIONAL

1. Qual é a sua escolaridade?

Sem escolaridade

ensino fundamental incompleto

ensino fundamental completo

ensino médio incompleto

ensino médio completo

curso técnico e profissionalizante incompleto

curso técnico e profissionalizante completo

ensino superior incompleto

ensino superior completo

pós graduação - especialização

pós graduação - mestrado

pós graduação - doutorado

2. Você considera satisfatório o treinamento introdutório que recebeu para exercer a função de ACE ou ACS?

Sim

Não

Não recebi treinamento

2a. Por que você não considera satisfatório o treinamento?

2b. Por que você não recebeu o treinamento introdutório?

3. Quando você fez seu último curso de atualização para o trabalho na APS?

Menos de 1 ano

De 1 a 2 anos

De 3 a 4 anos

Mais de 4

4. O município que você atua ofereceu curso técnico com carga horária mínima de 1.200 horas?

Sim

Não

5e. Quais áreas-temas específicos você recebeu curso de capacitação?

Prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya.

Controle e tratamento da Malária

Comunicação com a comunidade

Outros

Nenhum

5e1. Quais outros temas considera relevantes?

5s. Quais áreas-temas específicos você recebeu curso de capacitação?

Saúde da Mulher

Saúde da Criança

Hipertensão Arterial

Diabetes Mellitus

Prevenção e controle Tuberculose

Saúde bucal

Prevenção e eliminação de Hanseníase

Saúde Mental

Covid-19

Comunicação com a comunidade

Prevenção e controle de dengue, zika e chikungunya.

Outros

Nenhum

5s1. Quais outros temas considera relevantes

6. Na sua prática diária você sente necessidade de treinamentos em quais temas da Atenção Primária à Saúde / Estratégia Saúde da Família?

- Orientação ao Planejamento Familiar
- Orientação ao Pré-natal Atenção à Criança - Aleitamento materno
- Atenção à Criança - Imunização
- Atenção à Criança - Suplementação Alimentar
- Controle de Hipertensão - Busca Ativa de Casos
- Controle de Hipertensão - Diagnóstico precoce
- Controle de Diabetes - Busca Ativa de Casos
- Controle de IST - Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco
- Controle de Hanseníase - Busca ativa de casos
- Controle de Hanseníase - Tratamento
- Controle de Tuberculose - Busca ativa de casos- Diagnóstico
- Controle de Tuberculose - Tratamento
- Ações de Vigilância Epidemiológica - Notificação Compulsória de Doenças
- Ações voltadas para o Idoso
- Ações voltadas para os Adolescentes
- Promoção da Saúde bucal
- Saúde Mental
- Comunicação em Saúde
- Mobilização comunitária
- Desenvolvimento comunitário
- Orientações sobre a covid-19
- Outros

Não tenho necessidade de treinamentos

6a. Quais outros treinamentos seriam necessários?

7. Nas suas práticas diárias você sente necessidade de treinamentos em quais temas?

Ações de Vigilância Epidemiológica - Notificação Compulsória de Doenças

Comunicação em Saúde Combate a desinformação

Mobilização comunitária

Desenvolvimento comunitário

Orientações sobre a covid-19

Controle de fatores de risco (químicos, físicos, biológicos, mecânicos, acidente de trabalho, ergonômicos, organização do trabalho e sociais)

Controle de vetores ()

Outros

Não tenho necessidade de curso

7a. Qual(is):

1. Há quantos anos você trabalha na Estratégia Saúde da Família (ESF) - Atenção Primária à Saúde?

menos de 5 anos

5 - 10 anos

11 - 15 anos

16 - 20 anos

21 - 29 anos

2. Qual equipe você integra na Atenção Primária à Saúde (APS)?

Equipe de Saúde da Família (eSF)

Equipe da Atenção Básica tradicional (eAB)

Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR)

Equipe de Consultório na Rua (eCR)

Equipe de Atenção Básica Prisional (eABP)

Equipes de Saúde da Família Fluviais (eSFF)

Equipe Multidisciplinar de Saúde Indígena (eMSI)

Polo Base Tipo II Saúde Indígena

Não integro nenhuma equipe

3. Qual seu tipo de vínculo de trabalho?

Servidor público estatutário

Contrato temporário

Celetista

Cargo comissionado

Outro

3a. Qual?

4. Qual a jornada de seu trabalho como ACS ou ACE?

10 horas semanais

20 horas semanais

30 horas semanais

40 horas semanais

Dedicção exclusiva

5. Qual a sua principal renda?

Renda exclusiva do ACS/ACE

Renda de outras atividades

Renda familiar

Outra

5a. Qual?

6. Como você avalia as condições de trabalho na UBS/Estratgia Saúde da Família?

Péssimas

Ruins

Regulares

Boas

Muito boas

Excelentes

6a. Comente sua resposta

BLOCO 4: PRÁTICAS COLETIVAS NA UBS-ESF

1. No cotidiano de suas práticas, que atividades com a comunidade e a equipe você realiza?

1a-Atuação no território:

Participa dos processos de territorialização, mapeamento e cadastro das famílias.

Realiza diagnóstico demográfico, social, cultural, ambiental, epidemiológico e sanitário do território em que atuam.

Desenvolve atividades de promoção da saúde, de prevenção de doenças e agravos, em especial aqueles mais prevalentes no território durante as visitas domiciliares.

Realiza visitas domiciliares com periodicidade estabelecida no planejamento da equipe e conforme as necessidades de saúde da população.

- Identifica e registra situações que interfiram no curso das doenças ou que tenham importância epidemiológica relacionada aos fatores ambientais.
- Orienta a comunidade sobre sintomas, riscos e agentes transmissores de doenças e medidas de prevenção individual e coletiva.
- Identifica casos suspeitos de doenças e agravos, encaminhando os usuários para a unidade de saúde de referência.
- Registra e comunica casos suspeitos de doenças e agravos à autoridade de saúde responsável pelo território.
- Informa e mobiliza a comunidade para desenvolver medidas simples de manejo ambiental e outras técnicas para o controle de vetores.
- Orienta as pessoas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- Estimula a participação da comunidade nas políticas públicas voltadas para a área da saúde.
- Identifica parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais de relevância para a promoção da qualidade de vida da população, como ações e programas de educação, esporte e lazer, assistência social, entre outros.
- Nenhum.

1b-Outras práticas na UBS:

- Participa das atividades de acolhimento.
- Realiza classificação de riscos.
- Participa da gestão das filas de espera
- . Faz planejamento e acompanhamento sistemático das ações da equipe.
- Participa do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade de saúde.

Liste outras atividades que realiza na UBS-ESF.

Nenhuma.

1b1-Qual(is)?

BLOCO 5: PRÁTICAS INDIVIDUAIS NAS UBS/ESF- COMUNIDADES

1. No cotidiano de suas práticas, que ações realiza com mais frequência?

Trabalha com adscrição (cadastro) de indivíduos e famílias em base geográfica definida e cadastra todas as pessoas de sua área.

Utiliza instrumentos para a coleta de informações que apoiem no diagnóstico demográfico e sociocultural da comunidade.

Registra, para fins de planejamento e acompanhamento das ações de saúde, os dados de nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, garantido o sigilo ético.

Desenvolve ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS.

Informa os usuários sobre as datas e horários de consultas e exames agendados.

Participa dos processos de regulação a partir da Atenção Básica para acompanhamento das necessidades dos usuários no que diz respeito a agendamentos ou desistências de consultas e exames solicitados.

Afere pressão arterial, inclusive no domicílio, com o objetivo de promover saúde e prevenir doenças e agravos.

Realiza a medição da glicemia capilar, inclusive no domicílio, para o acompanhamento dos casos diagnosticados de diabetes mellitus e segundo projeto terapêutico prescrito pelas equipes que atuam na Atenção Básica.

Afere a temperatura axilar, durante a visita domiciliar.

Realiza técnicas limpas de curativo.

Indica a necessidade de internação hospitalar ou domiciliar, mantendo a responsabilização pelo acompanhamento da pessoa.

Outras ações.

Nenhuma.

2. Marque as atividades que você realiza rotineiramente junto às famílias cadastradas, durante a visita domiciliar:

Orientação ao Planejamento Familiar

Orientação ao Pré-natal

Atenção à Criança - Aleitamento materno

Atenção à Criança - Imunização

Atenção à Criança - Suplementação Alimentar

Controle de Hipertensão - Busca Ativa de Casos

Controle de Hipertensão - Diagnóstico precoce

Controle de Diabetes - Busca Ativa de Casos

Controle de IST - Investigação de contatos e aconselhamento de pacientes de risco

Controle de Hanseníase - Busca ativa de casos

Controle de Hanseníase - Tratamento

Controle de Tuberculose - Busca ativa de casos- Diagnóstico

Controle de Tuberculose - Tratamento

Ações de Vigilância Epidemiológica - Notificação Compulsória de Doenças

Ações voltadas para o Idoso

Cadastrar famílias Peso das crianças

- Identificar risco nutricional
- Anotar peso no cartão da criança
- Verificar situação vacinal das crianças
- Orientar para vacinação na unidade de saúde
- Orientar para o Aleitamento materno exclusivo
- Orientar uso de reidratação oral
- Orientar e detectar precocemente complicações das IRAS
- Identificação de gestantes
- Encaminhar gestantes para pré-natal na unidade de saúde
- Acompanhar mensalmente realização do pré-natal
- Verificar situação vacinal da gestante
- Identificar situação de risco
- Orientar gestantes para o preparo do aleitamento materno
- Orientar para realização de exame preventivo de câncer cérvico uterino e de mamas
- Orientar sobre prevenção de IST/ AIDS
- Identificar situações de risco para família Orientar sobre cuidados com a água de consumo (filtro, fervura, uso de hipoclorito)
- Orientar sobre destino de lixo e dejetos Promover reuniões comunitárias
- Orientar sobre a utilização dos serviços de saúde da área de abrangência
- Orientar para prevenção de hanseníase e tuberculose
- Orientar para prevenção de diabetes e hipertensão
- Ações voltadas para os Adolescentes
- Promoção da Saúde bucal
- Orientações sobre a covid-19

Nenhuma

1a. Quais?

3. No cotidiano de suas práticas, que ações realiza com mais frequência?

Executar ações de campo para pesquisa entomológica (insetos), malacológica (moluscos) ou coleta de reservatórios de doenças, e ações de controle de doenças utilizando as medidas de controle químico, biológico, manejo ambiental ou ações de manejo integrado de vetores.

Implementar ações de campo em projetos que visem avaliar novas metodologias de intervenção para prevenção e controle de doenças.

Realizar cadastramento e atualização da base de imóveis para planejamento e definição de estratégias de prevenção, intervenção e controle de doenças, com atualização dos mapas de reconhecimento geográfico.

Liste outras atividades que realiza.

Nenhuma.

3a. Qual(is)?

BLOCO 6: INFORMAÇÃO, COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

1. Como você se comunica com as famílias do seu território?

Carta / Bilhetes

Whatsapp / Telegram / Signal Mídias sociais

Sala de espera das unidades

Telefone

Visita domiciliar

Outro

1a. Qual?

2. Como você se comunica com a sua equipe?

Carta / Bilhetes

Whatsapp / Telegram / Signal Mídias sociais

Sala de espera das unidades

Telefone

Visita domiciliar

Outro

2a. Qual?

3. Quais as principais fontes de informação você utiliza para tirar dúvidas nas suas atividades como agente?

Com a minha equipe da UBS

Consulta Whatsapp e converso com outros agentes

Facebook

Google

Instagram

- Ministério da Saúde - MS
- Organização mundial da Saúde - OMS ou a Organização pan-americana de saúde - OPAS
- Site da Secretaria Estadual de Saúde
- Site do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde CONASEMS
- Site do Conselho Nacional de Secretários de Saúde CONASS
- Site da Secretaria Municipal de Saúde
- YouTube
- Consulto material dos meus treinamentos (livros, manuais, etc.)
- Outras
- Nenhum

3a. Qual?

4. Como as mídias sociais podem auxiliar você como agente no seu cotidiano? (Marque o mais próximo do seu perfil)

4a. Nas redes sociais posso me comunicar melhor com outros agentes e tirar dúvidas

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

4b. Nas mídias sociais posso melhorar minhas atividades de atenção básica/primária à saúde com minha comunidade

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

4c. As mídias sociais facilitam o acesso a informações sobre cuidado à saúde, prevenção às arboviroses e a COVID-19.

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

5. Ao se deparar com informações sobre saúde coletiva/pública, que procedimento costuma adotar?

Verifico se o site que publica a notícia é uma fonte confiável.

Faço a leitura completa da notícia, verifico o autor e a data da publicação.

Leio outras notícias que são divulgadas sobre o assunto e reviso as fontes oficiais.

Avalio se valores e crenças podem afetar ou alterar o meu julgamento sobre o tema exposto.

Consulto especialistas para confirmar a informação com fontes independentes, instituições e sites voltados à checagem de notícias.

Nenhum

6. Como uma informação falsa (fake news) impacta sua atividade como agente?

6a. Dificulta a comunicação com minha comunidade

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

6b. Dificulta a comunicação com a equipe

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

6c. Dificulta o compartilhamento de materiais sobre o contexto da saúde

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

7. O que você faz ao receber falsas (fake news) informações nas mídias sociais?

- Apago a informação falsa
- Apago e alerta a pessoa que a informação é falsa
- Ignoro a informação e não apago e nem repasso
- Recebo, mas não costumo observar, apenas repasso
- Nunca recebi
- Outros

7a. Qual?

8. Entre as afirmações a seguir marque as que retratam suas principais habilidades e conhecimentos como agente.

8a. Eu compreendo que a informação precisa é essencial para a realização do meu trabalho e conheço as minhas necessidades de informação como agente

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Indiferente
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

8b. Eu sei como identificar fontes de informação relevantes e confiáveis e sei encontrar a informação que eu preciso

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

8c. Eu tenho domínio no acesso à informações na web e sei como avaliar uma informação e selecionar aquela que é mais apropriada a uma tarefa

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

8d. Eu sei organizar uma informação, redigir um texto, preparar um cartaz ou uma roda de conversa para uma atividade prática

Discordo totalmente

Discordo parcialmente

Indiferente

Concordo parcialmente

Concordo totalmente

9. Quais equipamentos (tecnologias de comunicação) você dispõe para suas práticas como agente?

Celular simples

Celular smartphone

Computador

Notebook

Tablet

Outros

Nenhum equipamento

9a. Qual(is)?

9b. Este(s) equipamento(s) está(ão) conectado(s) à internet?

Sim

Não

9c. Como você avalia a qualidade da internet no(s) equipamento(s)?

Excelente

Boa

Regular

Ruim

Péssima

10. Quais equipamentos (tecnologias de comunicação) você gostaria de ter nas suas práticas como agente?

Celular simples

Celular smartphone

Computador

Notebook

Tablet

Outros

Nenhum equipamento

10a. Qual(is)?

DESCULPE

Lamentamos, mas a pesquisa é direcionada aos Agentes Comunitários de Saúde e Agentes de Endemias

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista semiestruturada – ACE e ACS

Roteiro entrevista semiestruturada - Agente de Combate às Endemias (ACE) e Agente Comunitário de Saúde (ACS)

Bloco I: Identificação/Perfil

a) Profissional: (X) ACS () ACE

() Agente indígena de saúde (AIS)

Etnia:

() Agente Quilombola de Saúde e ribeirinha

b) Você já respondeu o questionário quantitativo desta pesquisa? SIM/NÃO

Você gostaria de responder? <https://pacs30anos.com.br/pesquisa-ace-acs-no-brasil/>

c) Idade:43

d) Tempo de trabalho como ACS:15 anos

e) Tempo de Trabalho nesse local:

f) Já trabalhou em outro local? Há quanto tempo?

g) Escolaridade/Formação:

h) Município de residência: Santana - AP

i) Município que trabalha:

j) Seu salário está:

a. Entre R\$ 1.000,00 e R\$ 1.500,00

b. Entre R\$ 1.500,00 e R\$ 2.000,00

c. Entre R\$ 2.000,00 e R\$ 2.500,00

d. Entre R\$ 2.500,00 e R\$ 3.000,00

e. Mais de R\$ 3.000,00

k) Considera seu salário justo, alto ou baixo e por quê?

Bloco II: Prática profissional

1- O que você pensa a respeito do treinamento recebido para exercer a função de ACS e ACE? (Como o seu treinamento abordou os temas D, Z e C?)

2- De que modo os materiais didáticos que você teve acesso para a sua formação contribuíram para o desenvolvimento do seu trabalho?

3- De que modo a sua UBS/equipe ESF contribuem para a realização do seu trabalho?

4- No cotidiano de suas práticas, que atividades você realiza com a comunidade? (E em relação a D, Z e C, como você trabalha? Você desenvolve quais ações no PSE? (Programa saúde nas escolas)

5- Como a pandemia da Covid-19 alterou o seu cotidiano de trabalho?

6- Como você avalia as suas condições de trabalho e salário para desenvolver suas atividades de ACS e ACE?

7- Quais as suas motivações para atuar como ACS ou ACE? Meu povo quilombola

8- Em sua opinião, o que seria necessário para melhorar suas atividades de ACS ou ACE?

Bloco III: Educação, Informação e Comunicação em saúde.

09. Como as tecnologias de informação e comunicação contribuem para a realização do seu trabalho? (Uso de Facebook ou outras mídias sociais, grupos de WhatsApp, parceria com rádios comunitárias, jornais de bairro, utiliza smartphone, tablets, computador, jornal de poste, carro de som, bicicleta de som, etc)

10. Como se dá a comunicação estabelecida entre você e as famílias do seu território?

11. Como você se comunica com a sua equipe?

12. Onde as famílias do seu território buscam informação sobre saúde?

13. Quais as principais fontes de informação você utiliza para tirar as dúvidas das suas atividades como agente? E como você busca informação segura para orientar as famílias em seu território, inclusive sobre D, Z e C?

14. Quais as consequências que uma informação falsa provoca na sua atividade como ACS/ACE?

APÊNDICE C – 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 “UM ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL”, sob a responsabilidade da pesquisadora Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa.

O objetivo desta pesquisa é realizar um levantamento nacional sobre o perfil dos ACS e ACE (incluindo condições socioeconômicas, culturais e demográficas) para promover a valorização desses profissionais e desenvolver instrumentos de gestão da informação e conhecimento que auxiliem o aprimoramento das competências e práticas dos ACS e ACE, contribuindo para a melhoria dos processos de cuidar da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades. A sua participação será por meio do preenchimento de um questionário eletrônico com tempo estimado de 25 minutos.

Ademais, será mantido o sigilo de pesquisa; o participante será resguardado e suas informações pessoais/identidade não serão reveladas. Os possíveis riscos estão relacionados à incompreensão das questões por parte dos participantes da pesquisa. Quanto aos benefícios, haverá fortalecimento do conhecimento acerca do tema, desenvolvimento do senso crítico e contribuição com a pesquisa científica no âmbito da informação, atenção, educação e comunicação em saúde.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo inclusive 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 pela Universidade de Brasília (UnB), pela Confederação dos Agentes Comunitários de Saúde (CONACS) e pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), podendo ser publicados posteriormente em meio científico. Os dados coletados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador responsável.

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 e sua função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade, bem como contribuir para o desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.


As dúvidas em relação à assinatura do TCLE ou aos direitos do participante da pesquisa poderão ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou dos e-mails cepfs@unb.br e cepfsunb@gmail.com, com horário de atendimento de 10h às 12h e de 13h30 às 15h30, de segunda à sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Por favor, escolha as opções que se apliquem:

Declaro que li () , compreendi () e concordo () com os objetivos e condições do meu envolvimento nesta pesquisa, **CONFIRMANDO** este termo.

APÊNDICE D – Boletins informativo da pesquisa

Figura 22 – Boletim semanal de acompanhamento da pesquisa ACS/ACE



ESTUDO MULTICÊNTRICO SOBRE AS PRÁTICAS DOS AGENTES DE COMBATE ÀS ENDEMIAS E DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO BRASIL

Boletim Semanal PACS 30 anos, Edição nº 02, 25 de julho de 2021

Estados com destaque


Alagoas - AL

AL ACE - meta: 345	AL ACS - meta: 376
15,07%	48,67%

Roraima - RR

RR ACE - meta: 192	RR ACS - meta: 268
0%	0%


Boletim PACS 30 anos



pacs30anos.com.br

Coordenação:
 Maria Fátima Sousa (UnB)
 Elmira Simeão (UnB)
 Ilda Angélica dos Santos (CONACS)
 Gisliane Santana (CEUB/ UnB)
 Pablo Boaventura (UFS)


Iniciação Científica :
 Aglaia Oliveira Bastos
 Maria Eduarda Ros Leal
 Nathália Lima de Souza




Live da CONACS motiva pesquisa e respondentes aumentam em Alagoas
 Mas não dão retorno em Roraima.

Na última segunda-feira, dia 19/07, ocorreu mais uma live no canal oficial do CONACS do Facebook. Na ocasião, a presidente da confederação, Ilda Angélica, trouxe como temática "Os efeitos da portaria 1524/21 sobre o descredenciamento dos ACS e ACE. O evento contou com diversos representantes importantes para dialogar sobre o assunto. Tendo em vista que essas questões são de grande relevância para políticas públicas que afetam diretamente o trabalho dos ACE e ACS, mostra-se a necessidade da participação dos profissionais na pesquisa coordenada pela UnB, para que se possa conhecer as verdadeiras condições de trabalho dos profissionais. Com a análise das respostas será possível a criação de ferramentas que auxiliem a gestão da informação e da comunicação dos agentes. Conforme apresentado no relatório disponível no site da pesquisa, nesse momento destaca-se o estado de Alagoas que teve significativo aumento no número de respondentes após a live da confederação, mas estados como Roraima e Rondônia precisam melhorar sua participação. Divulgue e colabore para que todos os estados alcancem as metas da pesquisa!!







Fonte: autor

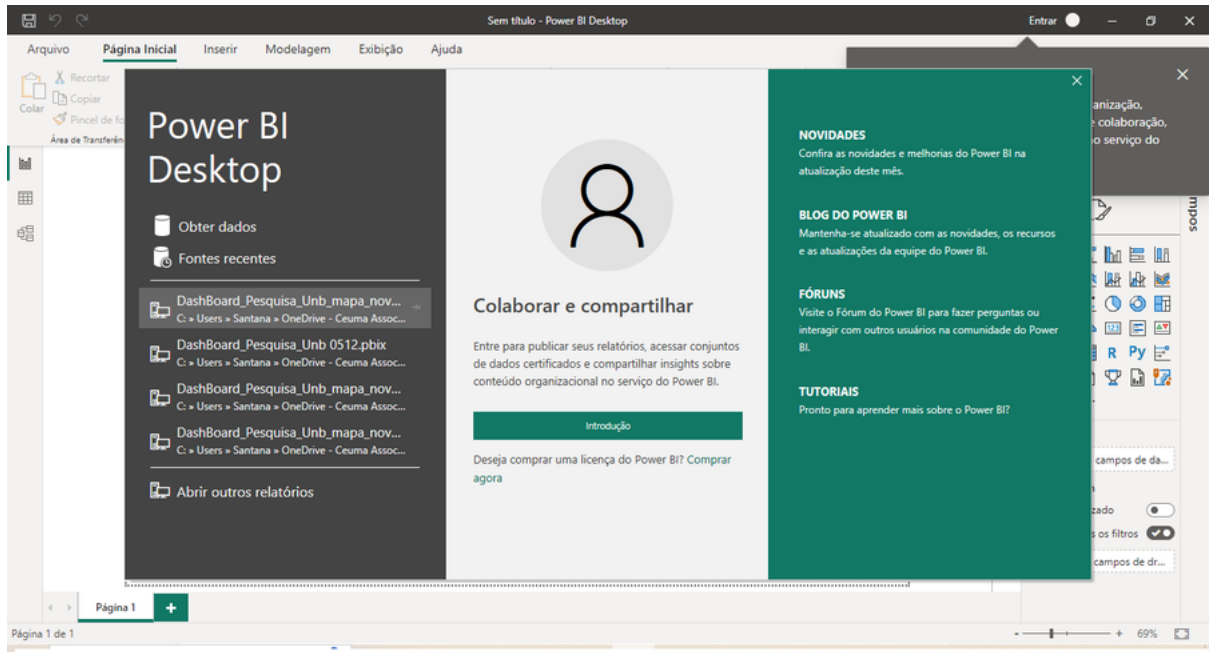
Anexos

Anexo A - [Lembrete] Pesquisa Práticas dos ACE/ACS no Brasil

Anexo B - Plano Amostral da pesquisa ACS/ACE Brasil

Anexo C - Microsoft PowerBI

Figura 23 – Microsoft PowerBI



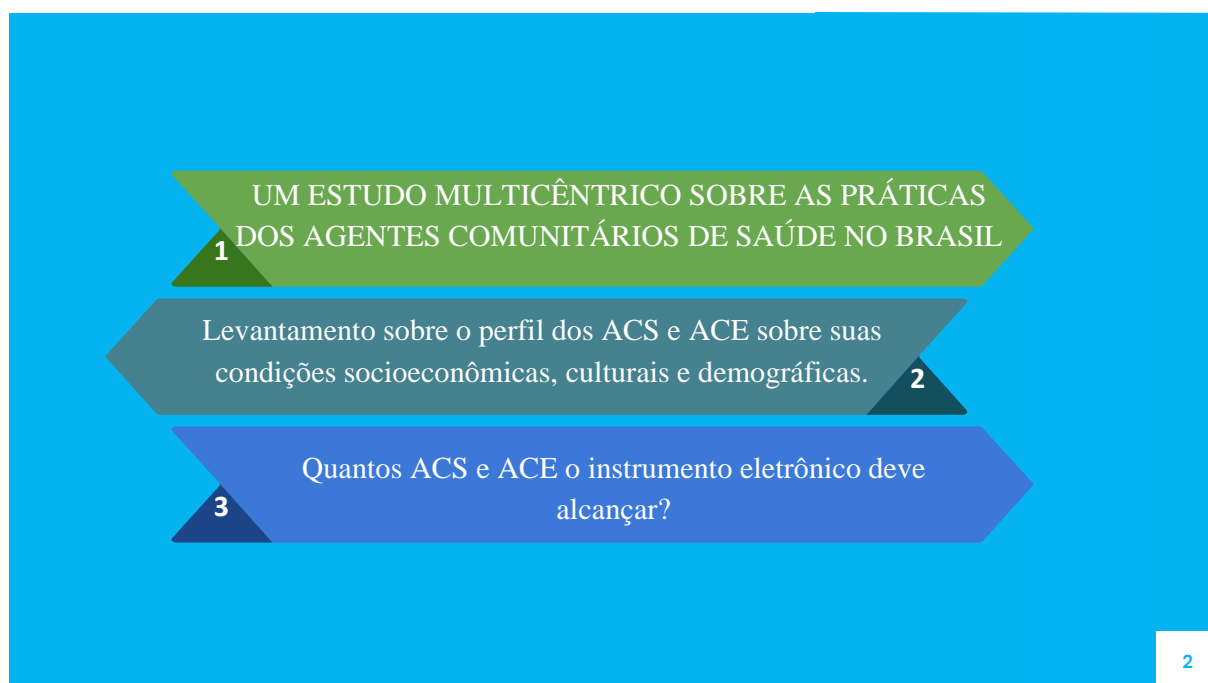
Fonte: <https://powerbi.microsoft.com/pt-br/>



Plano Amostral Pesquisa ACS Brasil

Prof . D. Sc. Joserlan N. Moreira

Profa. Dra. Rackynelly Soares





285.681

ACS no Brasil¹

94.769

ACE no Brasil¹

62,26%

Cobertura no Brasil²

3

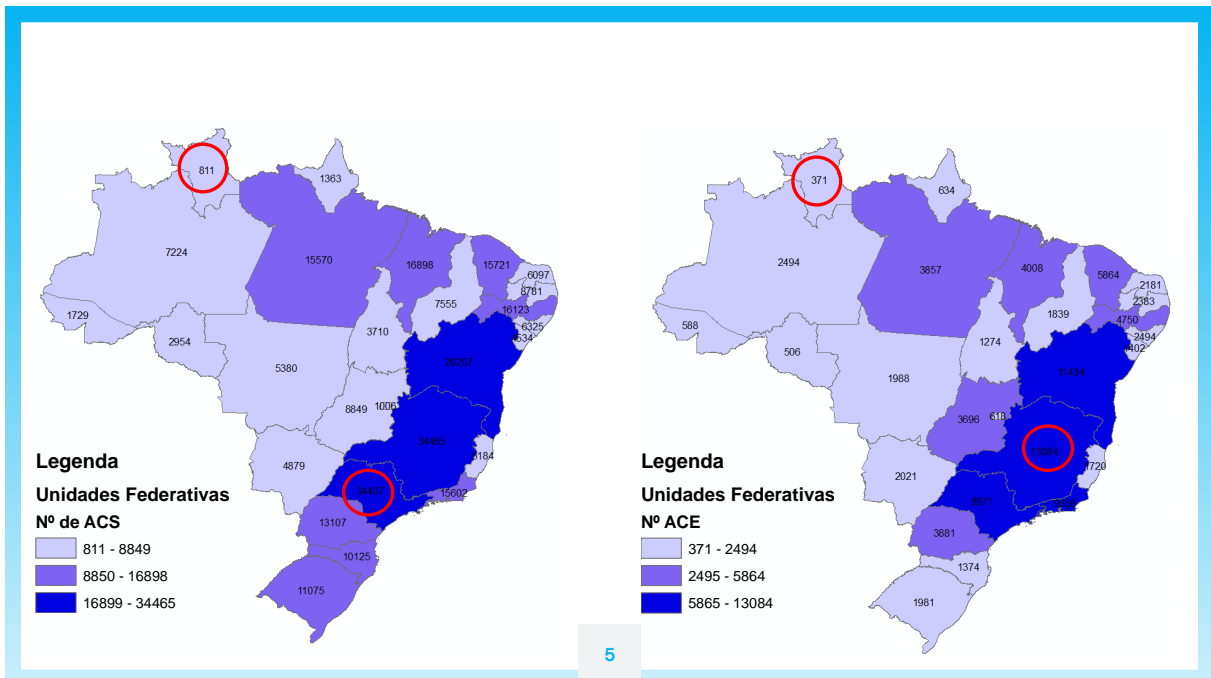
(1) CNES – Mês de referência: Fevereiro de 2021

(2) SAGE - SAPS/MS: 2019

1

Distribuição espacial

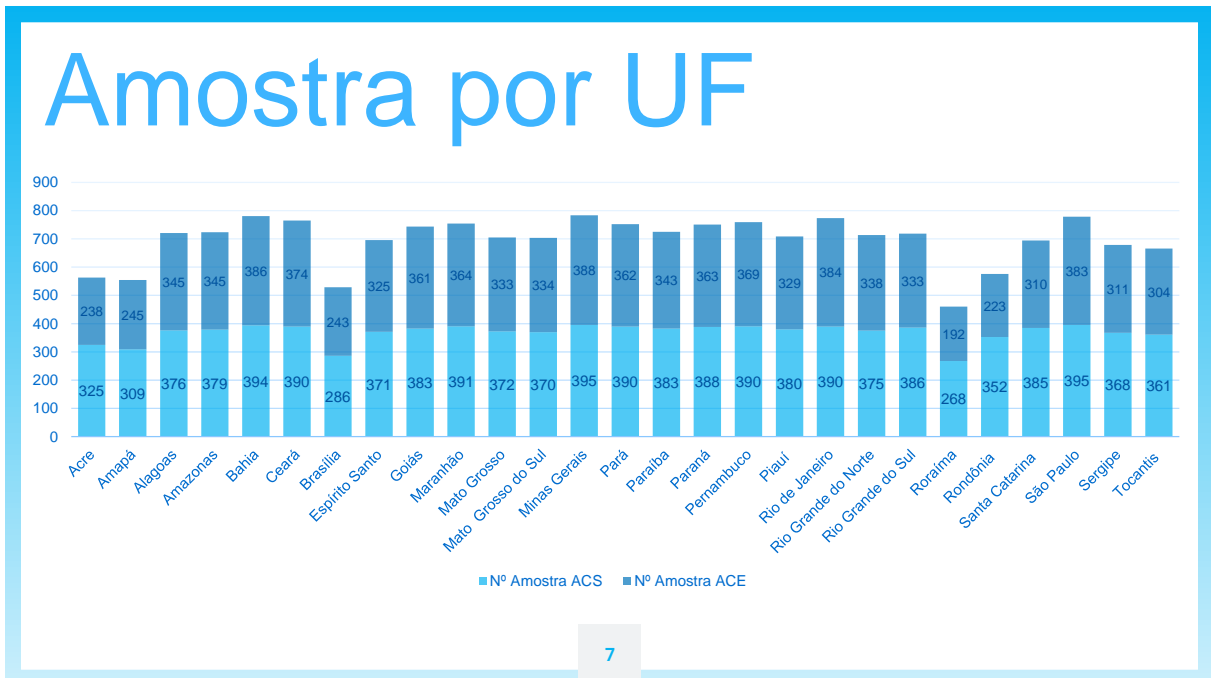
Segundo a Unidade Federativa



Amostra

Amostra significativa (ACS e ACE) por unidade federativa, aleatória estratificada segundo a tipologia do IBGE.





9.953

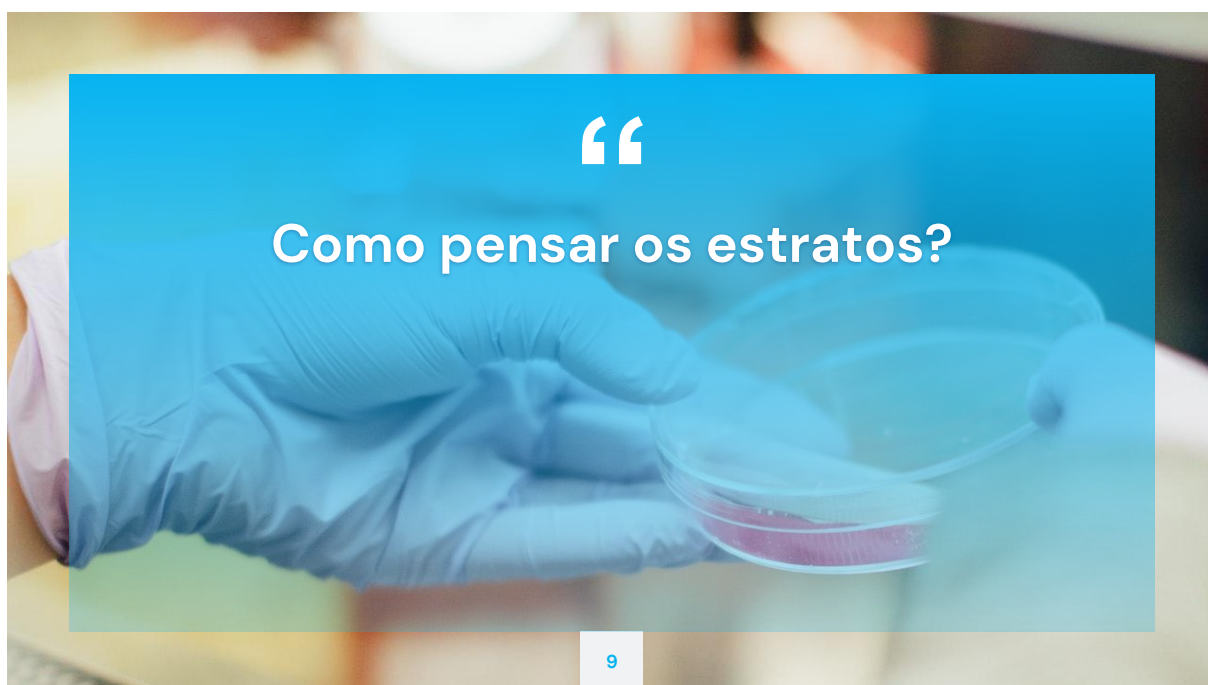
ACS no Brasil

8.824

ACE no Brasil

18.778

Participantes da pesquisa



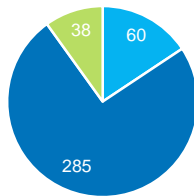
Distribuição dos municípios do Brasil segundo a Tipologia do IBGE

REGIAO	UNIDADE FEDERATIVA	INTERMEDIARIO ADJACENTE	INTERMEDIARIO REMOTO	RURAL ADJACENTE	RURAL REMOTO	URBANO	TOTAL
Centro-oeste	Distrito Federal	0	0	0	0	1	1
Centro-oeste	Goiás	32	2	142	0	70	246
Centro-oeste	Mato Grosso	8	12	29	63	29	141
Centro-oeste	Mato Grosso do Sul	8	2	30	11	27	78
Nordeste	Alagoas	9	0	63	0	30	102
Nordeste	Bahia	64	1	261	24	67	417
Nordeste	Ceará	22	0	133	0	29	184
Nordeste	Maranhão	28	3	119	26	41	217
Nordeste	Paraíba	22	0	166	0	35	223
Nordeste	Pernambuco	38	1	87	1	58	185
Nordeste	Piauí	15	2	145	51	11	224
Nordeste	Rio Grande do Norte	35	0	114	0	18	167
Nordeste	Sergipe	11	0	46	0	18	75
Norte	Acre	2	4	8	6	2	22
Norte	Amápa	2	2	3	6	3	16
Norte	Amazonas	2	14	8	29	9	62
Norte	Para	13	7	51	26	46	143
Norte	Rondonia	5	1	24	10	12	52
Norte	Roraima	0	0	8	6	1	15
Norte	Tocantins	15	5	69	38	12	139
Sudeste	Espírito Santo	17	0	46	0	15	78
Sudeste	Minas Gerais	102	3	523	24	201	853
Sudeste	Rio de Janeiro	11	0	19	0	62	92
Sudeste	São Paulo	117	0	181	0	347	645
Sul	Paraná	65	0	232	0	102	399
Sul	Rio Grande do Sul	26	1	341	2	126	496
Sul	Santa Catarina	17	0	192	0	84	293
TOTAL	-	686	60	3040	323	1456	5565

Amostra na PB

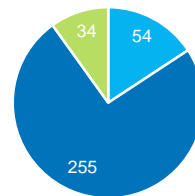
ACS (383) e ACE (343)

Amostra de ACS estratificada por tipo de Município



■ Urbanos ■ Rurais Adjacentes ■ Intermediários Adjacentes

Amostra de ACE estratificada por tipo de Município

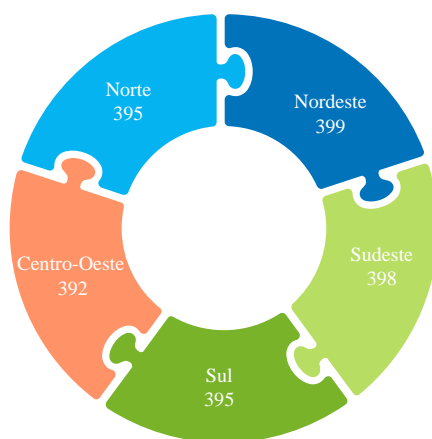


■ Urbanos ■ Rurais Adjacentes ■ Intermediários Adjacentes



1. Esse é nosso número ideal?
2. A estratificação considerando a Tipologia do IBGE pode ser considerada?

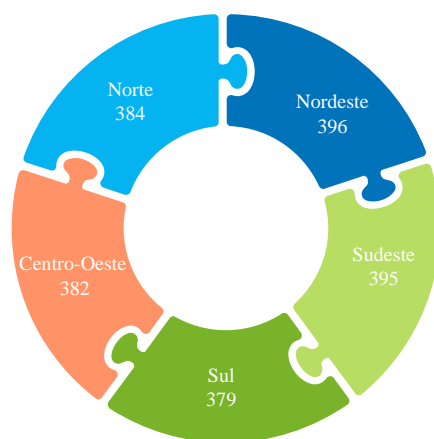
Amostra - ACS



1.980

ACS em todas as UF - ampliando o erro experimental

Amostra - ACE



1.936

ACE em todas as UF – ampliando o erro experimental



A seleção dos municípios nas UF deverá ser uma das atribuições das coordenações de estações. Aconselha-se a não concentração de coleta em um único município.



Obrigada!

Dúvidas?

rackynelly.soares@ifpb.edu.br · joserlan.moreira@ifpb.edu.br