

Antonio Sergio de Freitas Ferreira

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO DISTRITO
FEDERAL**

BRASÍLIA-DF, 2012

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Antonio Sergio de Freitas Ferreira

ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS
DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO DISTRITO
FEDERAL

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

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria Fátima de Sousa

BRASÍLIA

2012

F383a

Ferreira, Antônio Sergio de Freitas.

Análise dos processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal / Antônio Sérgio de Freitas Ferreira. – Brasília, 2012.

185 f. : il.; 29 cm.

Dissertação (Pós-graduação) – Universidade de Brasília, Faculdade de Ciências da Saúde, 2012.

Orientador(a): Prof^a. Dr^a. Maria Fátima de Sousa

1. Comunicação em saúde. 2. Promoção da saúde. 3. Agentes Comunitários de Saúde. 4. Estratégia de Saúde da Família. I. Maria Fátima de Sousa. II. Título.

CDU 614:007

Antonio Sergio de Freitas Ferreira

**ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS DOS
AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL**

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

Aprovado em 01/03/2012

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Maria Fátima de Sousa

Orientadora

Profa. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dr. Rafael Mota Pinheiro

Universidade de Brasília (Titular)

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

Universidade de Brasília (Suplente)

BRASÍLIA

2012

Dedico este trabalho aos meus pais. Ao meu pai (in memoriam) que sempre me serviu de exemplo de vida e à minha mãe, que da radionovela às ondas da internet continua a me mostrar que tudo na vida é possível.

AGRADECIMENTOS

Diversas são as pessoas que deixaram a sua marca em meu caminho nesta trajetória.

À Maria Fátima de Sousa, minha orientadora, amiga e provocadora, que nos faz querer ir sempre mais longe, rumo ao infinito, nos fazendo sonhar e transformar sonhos em realidade. Apesar de tentar mostrar pulso firme, não consegue disfarçar a doçura de quem acolhe a todos como filhos.

À Ana Valéria Mendonça, a grande amiga e mestre, pelas longas conversas e carinho, regado com muito chocolate. Que me fez acreditar que o caminho era possível e viável. Que confiou e acreditou, mesmo quando eu não confiava e me fez relaxar e rir, no momento em que precisava.

À minha família, pela compreensão da ausência, falta de contato e os diversos esquecimentos ao longo do processo.

Aos colegas de mestrado Juliana, Rodrigo, Natascha e Ena, que compartilharam angústias, ansiedades e vitórias. E, principalmente, à minha “véia”, companheira inseparável de jornada, sem ela o caminho seria menos divertido.

Aos amigos de Brasília, companheiros diários, que souberam entender e respeitar a longa ausência e entenderam o momento conturbado de minha vida.

A toda a equipe Núcleo de Comunicação da Secretaria de Atenção à Saúde, do Ministério da Saúde, Alisson, Davi, Déborah, Fernando, Kênia, Marjorie, Mirela, Pedro, Radilson, Renata, Roosevelt, Thiago e Tiago que souberam pacientemente aguentar a falta de paciência, a irritação e o cansaço deste longo período, e me apoiaram, cada um da sua maneira,

À coordenação da Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do DF, às gerências das unidades de Saúde de Samambaia e São Sebastião e, principalmente, aos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), pelo acolhimento e carinho no desenvolvimento do trabalho.

A todos, o meu mais profundo carinho.

"Ser ACS é, antes de tudo, ser alguém que se identifica em todos os sentidos a própria comunidade, principalmente na cultura, linguagem e costumes. Precisa gostar do trabalho. Gostar principalmente de aprender e repassar as informações, entender que ninguém nasce com o destino de morrer ainda criança..." (Teresa Ramos – ACS, Recife)

RESUMO

A presente investigação apresenta os resultados de pesquisa realizada no programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade de Brasília (UnB), desenvolvida com objetivo de identificar e analisar os processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para promover a saúde da população do Distrito Federal. Foram realizadas entrevistas individuais semiestruturadas, compostas de oito questões abertas sobre os temas promoção da saúde, comunicação em saúde e avaliação do trabalho desenvolvido, com 22 ACS, de duas Unidades Básicas de Saúde (UBS), ligadas à Estratégia de Saúde da Família. A seleção das UBS considerou as unidades com maior e menor número de ACS no programa, sendo realizadas as entrevistas em Samambaia e São Sebastião, respectivamente. A população selecionada é, em sua maior parte, composta por mulheres, com 2º Grau completo e na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Os dados coletados foram registrados em áudio e transcritos em sua íntegra. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF e todos os participantes assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Para avaliação e análise dos dados, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, que tem por objetivo organizar e tabular os dados qualitativos de natureza verbal, obtidos dos depoimentos dos entrevistados e se ancora nas expressões-chave e ideias centrais das falas dos sujeitos na pesquisa, além de possibilitar a apresentação dos dados de forma quantitativa. Foi utilizado o *software Qualiquantisoft* para processar os dados levantados. Como principais resultados, podemos identificar que o conceito de promoção da saúde, de acordo com os resultados apresentados, ainda está fortemente baseado no conceito de prevenção e na saúde da população, mas percebe-se uma ampliação deste conceito. Neste contexto, verificou-se que os ACS conseguem identificar um grande número de ações de comunicação possíveis de serem utilizadas para promover a saúde da população, identificando a importância de sua utilização para se alcançar este objetivo, porém, restringem-se a utilizar aquelas em que possuem autonomia em utilizar. Assim, percebe-se que o ACS, mesmo sem ter o conhecimento da teoria, acaba se tornando importante canal de comunicação, um elo entre a UBS e a população atendida, avaliando como de extrema importância o trabalho desenvolvido.

Palavras-chave: Comunicação em Saúde. Promoção da Saúde. Agentes Comunitários de Saúde. Estratégia de Saúde da Família.

ABSTRACT

The present study shows the results of research conducted in the Graduate Program in Health Sciences, of the Brasilia University (UNB), developed in order to identify and analyze the communication processes in the practice of Community Health Agents (ACS) for promote the health of the Federal District. Individual semi-structured interviews were conducted, consisting of eight open questions on the topics of health promotion, health communication and evaluation of work done with 22 ACS, two Basic Health Units (UBS), linked to the Health Family Strategy. The selection of the UBS considered the units with the highest and lowest number of ACS in the program, then the interviews taking place in Samambaia and São Sebastião, respectively. The selected population is mostly composed of women with 2nd Degree and the full age range from 30 to 39 years.

The collected data were recorded on audio and transcribed in their entirety. The research project was approved by the Ethics Research committee of State Department of Health/DF and all participants signed a consent form. For assessment and analysis, we used the technique of Collective Subject Discourse, that aims to organize and tabulate the qualitative data of verbal nature, obtained from the interviewees' statements and is anchored in the central ideas and key expressions statements of the subjects in the research, also enables the presentation of data in a quantitative manner. Qualiquantisoft software was used to process the data collected.

The main results, we can identify that the concept of health promotion, according to the results, is still heavily based on the concept of prevention and population health, but it can be seen an extension of this concept. In this context, it was found that the ACS can identify a large number of communication actions that may be used to promote the health of the population, identifying the importance of its use to achieve this goal, but are restricted to using those in which have autonomy in use. Thus, it is clear that the ACS, even without knowledge of the theory, they become important communication channel, a link between UBS and the target population, assessing how extremely important the work.

Keywords: Health communication. Health promotion. Community Health Agents. Health Family Strategy

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Comunicação em cinco categorias	66
Quadro 2 – Definições de comunicação em saúde	71

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados	94
Gráfico 2 – O que você entende por promoção da saúde?	102
Gráfico 3 – Quais são as ações desenvolvidas para promover a saúde junto à população por você atendida?	109
Gráfico 4 – Como você define ações de comunicação?	121
Gráfico 5 – Quais são as ações de comunicação que você utiliza para promover a saúde da população?	131
Gráfico 6 – Em seu entendimento, o que vem a ser um processo de comunicação em saúde eficaz junto à população?	137
Gráfico 7 – Como são definidas e planejadas as estratégias de comunicação a serem utilizadas para o desenvolvimento de seu trabalho junto aos usuários atendidos?	144
Gráfico 8 – O que você faz para melhorar as suas ações de comunicação para qualificar o seu trabalho?	149
Gráfico 9 – Como você avalia o resultado do processo de trabalho desenvolvido por você na melhoria da qualidade de vida dos usuários atendidos?	160

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Processo remetente, mensagem e destinatário	50
Figura 2 – Modelo informacional (Shannon e Weaver)	51
Figura 3 – Representação simplificada da comunicação em duas etapas	53
Figura 4 – Representação do modelo de comunicação Todos-Todos	57
Figura 5 – Sumário visual da literatura	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Implantação de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família no Brasil	86
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB: Atenção Básica

ACS: Agentes Comunitários de Saúde

APS: Atenção Primária à Saúde

BIRD: Banco Internacional par Reconstrução e Desenvolvimento

CDC: Center for Disease Control and Prevention

CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CIB: Comissão Intergestores Bipartite

CIT: Comissão Intergestores Tripartite

CNS: Conselho Nacional de Saúde

CNDSS: Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde

Conass: Conselho Nacional dos Secretários de Saúde

Conasems: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde

CSDH: Commission on Social Determinants of Health

CSSA: Centro de Saúde de Samambaia

DCNT: Doenças Crônicas Não Transmissíveis

DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública

DSS: Determinantes Sociais da Saúde

DSC: Discurso do Sujeito Coletivo

EACS: Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde

ESF: Estratégia de Saúde da Família

IEC: Informação, Educação e Comunicação

OMS: Organização Mundial da Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde na Promoção da Saúde

NASF: Núcleos de Apoio à Saúde da Família

PACS: Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB: Política Nacional de Atenção Básica

PNE: Projeto Nordeste

PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde

PRMI: Comissão Permanente para Redução da Mortalidade Infantil

PSF: Programa Saúde da Família

PSR: Posto de Saúde Rural

Sesp: Serviço Especial de Saúde Pública

SNES: Serviço Nacional de Educação Sanitária

SUS: Sistema Único de Saúde

UBS: Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	21
2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E COMUNICAÇÃO	24
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: A CONSTRUÇÃO INTERNACIONAL	24
2.2 O BRASIL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE	33
2.3 A COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE	43
3 A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE	48
3.1 ALGUMAS TEORIAS E MODELOS DE COMUNICAÇÃO	49
3.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A APROXIMAÇÃO DE DOIS CAMPOS	58
3.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	64
3.3.1 Categorias possíveis	65
3.3.1 Definições para comunicação em saúde	70
4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA:	
A CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO	83
4.1 ATENÇÃO BÁSICA NO PAÍS	83
4.2 AS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS	
DE SAÚDE	87
5 METODOLOGIA: OS PASSOS DO CAMINHO TRILHADO	90
5.1 REVISANDO A LITERATURA	90
5.2 SEGMENTANDO E ENCONTRANDO INFORMANTES-CHAVE	92
5.3 O SUJEITO COLETIVO	96
6 RESULTADOS E DISCUSÕES	100

6.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS ACS	101
6.2 AS PERCEPÇÕES DOS ACS SOBRE COMUNICAÇÃO	120
6.2.1 Ações de comunicação	120
6.2.2 Planejamento e qualificação das ações	143
6.3 AVALIAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS	160
7 (IN)CONCLUSÕES	164
7.1 INDICATIVOS DA PESQUISA	167
REFERÊNCIAS	169
APÊNDICES	178
APÊNDICE A – NOME NO CNES DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - JULHO/2011	178
APÊNDICE B – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	183
APÊNDICE C – MODELO DE ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	184
ANEXOS	185
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	185

APRESENTAÇÃO

A comunicação, nas suas diversas formas de utilização, tem sido empregada na área de saúde há muito tempo e com os mais diversos fins. A preocupação com a integração destes dois campos foi introduzida em minha carreira profissional, em comunicação social, ao ingressar na Cruz Vermelha Brasileira do Rio Grande do Sul, em um projeto que buscava prevenir a Aids entre usuários de drogas injetáveis. A partir deste momento, uma inquietação passou a me acompanhar: a de buscar identificar e analisar como a comunicação social poderia contribuir, de forma efetiva, para a melhoria da saúde e da qualidade de vida da população, além de fazer parte dos processos de trabalho dos profissionais de saúde, que buscam este objetivo diariamente.

Nesta trajetória, diversos encontros foram possíveis, possibilitando a ampliação dos olhares sobre os temas comunicação e saúde, e suas relações. Este encontro foi iniciado com os movimentos sociais, que permitiu o contato com a visão dos usuários do sistema de saúde e o impacto da comunicação em sua saúde e em suas vidas, seguido de perto com a parceria da gestão municipal de saúde, que acrescentou as percepções do gestor local do sistema e do profissional de saúde. Um período de encontro com outra área de importância, a Educação em Saúde, na gestão estadual do SUS, e atualmente, a prática de comunicação na gestão Federal do sistema, permitiu visualizar estes campos, sob os mais diversos ângulos, no desenvolvimento das práticas de comunicação em saúde. Mas outro encontro ainda faltava, a união da prática com a teoria da comunicação em saúde e a possibilidade de investigar sobre este tema. Encontro este, possibilitado pela academia, permitindo buscar as respostas para essas inquietações, que se consolidam com esta pesquisa, cujos resultados são apresentados neste documento.

Essa dissertação se organiza em sete capítulos. No capítulo dois, Promoção da Saúde e comunicação, é apresentado um relato do desenvolvimento dos conceitos e idéias que levaram a implementação da promoção da saúde, enquanto política pública. Apresenta também um relato da construção histórica desta proposta, ocorrida internacionalmente por meio das conferências internacionais sobre Atenção Primária e sobre Promoção da Saúde e outros eventos realizados

internacionalmente, iniciada por Alma-Ata em 1978, e os acontecimentos nacionais, que contribuíram para implementação desta proposta no Brasil. Entre estes podemos destacar a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), com promulgação da Constituição Federal de 1988, a criação dos programas de ACS e Saúde da Família, o lançamento dos pactos em defesa do SUS, pela vida e de gestão e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), entre tantos outros programas e políticas que contribuíram para implantar a Promoção da Saúde no país. E neste relato é também apresentada a importância da comunicação, enquanto estratégia que pode auxiliar no seu desenvolvimento e consolidação.

Em Comunicação e Saúde (capítulo três), buscou-se apresentar alguns dos conceitos utilizados para se definir a comunicação em saúde, desenvolvidos por estudiosos e instituições de saúde, internacionalmente, na América Latina e no Brasil. Para facilitar e possibilitar o melhor entendimento destas definições, são apresentados alguns conceitos básicos sobre comunicação, possibilitando verificar como ocorreu a sua construção ao longo do tempo. Além disto, são apresentadas as aproximações que ocorrem entre os campos da saúde e da comunicação ao longo da história da saúde brasileira e internacional.

Para podermos compreender quem é o sujeito da pesquisa e contextualizar onde ocorrem as suas práticas de trabalho, o capítulo quatro, O Agente Comunitário de Saúde e a Saúde da Família: a contextualização do sujeito, busca apresentar que ele os programas em que este profissional de saúde está inserido, como ocorreu a sua construção, que levou a criação desta nova categoria profissional, além de trazer aspectos importantes sobre a prática destes profissionais no desenvolvimento da atenção à saúde da população.

Já no capítulo cinco, Metodologia: os passos do caminho trilhado, apresenta-se a descrição do método utilizado no processo de investigação, desde a pesquisa realizada para a revisão da literatura, até a análise do dados. Assim, neste capítulo, ainda é apresentada a seleção e a descrição do sujeito da investigação, o Agente Comunitário de Saúde, assim como o processo a coleta, processamentos e análise dos dados, resultado da pesquisa realizada em campo, assim como a decisão pela utilizada do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) com técnica para análise dos dados.

Os resultados da pesquisa realizada em campo e a análise dos dados, estão presentes no capítulo seis, As percepções dos Agentes Comunitários de Saúde, em que se apresentam estes resultados separados de acordo com os temas apresentados. Este capítulo aparece, de acordo com o tema específico, sendo dividido em três partes: promoção da saúde, comunicação em saúde e avaliação do processo de trabalho. Devido à quantidade de dados apresentados no tema Comunicação em Saúde, este foi dividido em duas partes, a primeira apresentando conceitos e ações de comunicação em saúde, e o segundo as definições e planejamento das ações de comunicação e a qualificação do processo de trabalho.

E, encerrando, o capítulo sete, O que se pode concluir? são apresentadas as possíveis conclusões ao tema investigado e algumas considerações relativas à comunicação e saúde, no sentido de ampliação do debate sobre o proposto.

Este trabalho não busca esgotar os temas e os conceitos apresentados, mas por ser a comunicação em saúde um tema ainda pouco investigado, principalmente sob a perspectiva dos profissionais de saúde que compõem a ponta do sistema e que estão mais próximos da comunidade, esta pesquisa busca ampliar a reflexão sobre as práticas de comunicação em saúde, no sentido de promover a saúde da população, e contribuir no aumento do debate deste tema, com o propósito de qualificá-lo na sua utilização.

1 INTRODUÇÃO

Há uma série de produção técnico científica acerca dos temas promoção da saúde, Atenção Básica ou Primária, Saúde da Família e sobre os processo de trabalho e práticas dos profissionais da saúde em geral e das equipes de Saúde da Família no particular. Entretanto o diálogo entre estes temas e a comunicação em saúde ainda se constitui uma lacuna, sobretudo, quando se trata de revelar as práticas dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) no tocante às ações de comunicação em saúde como potencializadoras à promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades sobre sua co-responsabilidade. Devemos reconhecer no mundo empírico alguns indicativos nas práticas desses profissionais, no que se refere às ações e atividades que necessitam de instrumentalização teórico metodológica do campo da ciência da informação e da comunicação.

Internacionalmente, a promoção da saúde, desde o seu surgimento, em 1978, com a Declaração de Alma-Ata (1), passando pelas diversas conferências e eventos sobre o tema, gera debates em diversos países na busca de alternativas e estratégias para a sua implementação. Com as primeiras propostas apresentadas nesta declaração, em que ocorreu a mudança do conceito de saúde, passando da ausência de doença para um conceito mais ampliado de saúde, considerado o completo bem-estar físico, mental e social e responsabilidade de todos os setores da sociedade, até hoje, em que é discutida a importância e relevância dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), em encontros internacionais, como o realizado no Brasil em 2011, ainda há um longo caminho a ser percorrido para a sua real implementação, no país e no mundo. Neste sentido, algumas mudanças puderam ser percebidas como, por exemplo, a mudança no modelo de atenção à saúde, com a implementação da Atenção Básica/Primária como forma prioritária de atenção à saúde da população e a importância do empoderamento das pessoas e das populações para a sua real participação na saúde individual e coletiva, por meio do acesso à informação e à comunicação.

Já no Brasil, com a implantação do Sistema Único de Saúde (2), em 1988, que apresenta em seu arcabouço elementos que contribuem para a implementação à promoção da saúde, e da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (3), em 2006, discutida no país desde 2002 (4), ainda há um longo caminho a se

percorrer para que o seu desenvolvimento na prática seja uma realidade em todas as regiões e municípios do país. Mas algumas mudanças em direção à promoção da saúde podem ser verificadas, como a busca da mudança de modelo de atenção à saúde, ao adotar a Atenção Básica como porta de entrada prioritária para o sistema de saúde, com a criação dos programas de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF), conforme relatam Lavor (5), Girade (6), Mendonça, Sousa e Santana (7, 8), entre outros.

Neste contexto, surge um novo profissional de saúde, o ACS. O seu trabalho, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (9) é considerado extensão dos serviços de saúde dentro das comunidades, devido ao seu envolvimento pessoal, e seu objetivo principal está em contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população, ou seja, promover a saúde das pessoas e de suas famílias. Sendo assim, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (10), é necessário que este profissional conheça o território em que exerce as suas atividades, cadastrando as famílias de sua região, mapeando as suas condições de vida e de saúde, buscando orientar e educar a população para a saúde, tanto nas ações de prevenção e promoção, quanto na utilização dos serviços, buscando incentivar a sua participação e a ação intersetorial para o seu pleno desenvolvimento. Dessa forma, está sob a responsabilidade dos agentes desenvolverem ações para integrar as equipes de saúde e a comunidade, atenderem à demanda espontânea e acompanhar a vida e a saúde da população.

Porém, apesar de se perceber que a comunicação é a base para o desenvolvimento das ações para o atendimento da saúde da população, não é enfatizada a sua importância e desenvolvimento, nas suas mais variadas formas de utilização, nas políticas nacionais de saúde. Apesar de algumas delas citarem a comunicação como importante para o incentivo da participação popular, ainda prevalece nas práticas de comunicação e de saúde, conforme relato Araújo (11), o modelo desenvolvimentista, com enfoque em campanhas publicitárias, que buscam persuadir a população na adoção de comportamentos saudáveis e corretos no combate às doenças, e que os trabalhadores de saúde acabam por reproduzi-los, sem perceber, em suas práticas diárias. Cardoso (12) complementa, ao afirmar que na saúde ainda está fortemente presente a ideia de que comunicação é apenas o repasse de informação de um polo emissor a um polo receptor, preocupando-se

apenas com a adequação da linguagem e a escolha dos veículos, em que a comunicação é vista como um instrumento para se transmitir a mensagem pronta e acabada, sem levar em consideração os demais integrantes do processo.

Neste sentido, buscar identificar como ocorre de fato a comunicação nas práticas dos profissionais de saúde, principalmente daqueles que estão no contato mais direto com a população, como é o caso do ACS, é de grande importância para o entendimento de como estes processos ocorrem na prática da saúde.

O presente trabalho busca analisar os processos de comunicação nas práticas dos ACS, desenvolvidas no Distrito Federal, com vistas a compreender como ocorre a inter-relação entre esses profissionais e a comunidade no compromisso de promover a saúde das famílias a eles vinculadas, tendo este como objetivo geral da investigação. E para se alcançar este objetivo, definiu-se três objetivos específicos para o desenvolvimento do trabalho: identificar as práticas de comunicação desenvolvidas pelos Agentes; analisar as práticas de comunicação (formal e informal) dos Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento do processo de trabalho no Distrito Federal e verificar as estratégias e os instrumentos de comunicação utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde na perspectiva da promoção da saúde junto aos usuários por eles assistidos.

2 PROMOÇÃO DA SAÚDE E COMUNICAÇÃO

Ao longo dos anos, com o acúmulo de experiências na área da saúde, tem ocorrido um intenso debate internacional sobre estratégias para se garantir a saúde das pessoas e das populações, que tem envolvido, cada vez mais, os diversos setores da sociedade. A redução dos recursos a serem investidos na área da saúde tem provocado, principalmente pelos órgãos oficiais da Saúde, a busca por alternativas para se garantir a saúde das comunidades. Neste debate, ocorrido no interior dos diversos países e internacionalmente, surge a promoção da saúde, como uma possibilidade para se garantir a saúde da população, por meio da mudança dos conceitos e das práticas empregados no campo da saúde.

2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE: A CONSTRUÇÃO INTERNACIONAL

Durante muito tempo na história da saúde, o cuidado da saúde da população foi trabalhado com uma abordagem centrada na atenção médica, com uma orientação focada no controle das doenças e com um enfoque curativo. Porém, a partir da década de 1960, o debate realizado internacionalmente, começa a buscar alternativas para superar esta perspectiva e passa a trilhar novos caminhos e opções para orientar o cuidado da saúde, ao perceber que aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais, entre outros, exerciam grande influência na saúde da população.

Conforme apresentado por Ferreira e Buss (13), dois eventos registrados com uma nova orientação estabeleceram as bases para os movimentos que culminaram na promoção da saúde, e merecem destaque, a abertura da China Nacionalista, com o relato das missões de observação de especialistas enviada pela Organização Mundial da Saúde em 1973 e 1974 e o movimento canadense desenvolvido a partir do Relatório Lalonde – uma nova perspectiva na saúde dos canadenses, em 1974.

A primeira observação mundial que extrapola a abordagem tradicional da atenção médica, apresentando uma nova forma de trabalho no cuidado da saúde, está nos relatos das missões enviadas à China. Um desses relatos descreve uma série de atividades desenvolvidas para a melhoria da saúde da população, principalmente na zona rural do país desde 1965. Essas atividades eram desenvolvidas de forma descentralizada pelas comunidades locais, com a

participação da população e a disponibilização de recursos para sua execução, sendo aproveitadas para a construção da proposta de Atenção Primária de Saúde.

Já o Relatório Lalonde, conforme apresentam Sícole e Nascimento (14) – considerado um marco na saúde pública por questionar o alto custo investido nos cuidados médicos e a limitação das ações centradas neste modelo de atenção – considerou que essas ações são insuficientes para exercer influência positiva nos determinantes originais da saúde: biológicos, ambientais e relacionados aos estilos de vida, propondo a ampliação do campo de atuação da saúde pública pela priorização de medidas preventivas e programas educativos, focados nas mudanças de comportamento e estilos de vida.

Esses dois movimentos definiram as bases para a consolidação de um novo paradigma que foram formalizados, posteriormente, na Conferência de Alma-Ata (1978) e na Conferência de Ottawa (1986).

Em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, URSS, expressou a urgente necessidade de promover a saúde de todos os povos do mundo. Essa conferência enfatizou que a saúde, enquanto um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doenças, é um direito humano e que a sua implementação deve ser a mais importante meta social mundial. Para que isto ocorra, deve ter a participação coordenada com outros setores da sociedade, além do setor saúde, em particular o agropecuário, a alimentação, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações, entre outros, assim como a participação da população (individual e coletiva). A conferência apresentou como meta “Saúde para todos no ano 2000” e para que se alcance um alto nível de saúde da população, de forma que lhes permitam levar uma vida social e economicamente produtiva, é necessária a participação de todos os setores da sociedade.

A Declaração de Alma-Ata (1), publicada nesta conferência, apontava para uma nova concepção de saúde – a promoção da saúde – e concita a toda comunidade internacional para o desenvolvimento e aplicação dos cuidados básicos de saúde em todo mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, por meio da aplicação de recursos e cooperação técnica. Esses cuidados devem, entre outros aspectos, refletir as condições econômicas e as características socioculturais e políticas do país e de suas comunidades; propiciar serviços de proteção, cura e reabilitação dos principais problemas de saúde, conforme as necessidades das

comunidades; promover a capacitação da população para participação no planejamento, organização, operação e controle dos cuidados primários de saúde; basear-se nos que trabalham no campo da saúde e formular políticas, estratégias e planos nacionais de ação.

Realizada em novembro de 1986, em Ottawa, Canadá, a 1ª Conferência Internacional sobre Promoção Saúde (15) foi uma resposta às expectativas internacionais por uma nova saúde pública. Em sua carta de intenções denomina a promoção da saúde como:

... processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.¹

A saúde passa a ser encarada com uma importante dimensão da qualidade de vida, além de ser o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e para que a melhoria das condições de saúde possa ocorrer, deve estar baseada em pré-requisitos: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Para melhorar as condições de vida, além do envolvimento dos diversos setores da sociedade, trabalhando de forma coordenada, inclui o envolvimento da mídia, uma vez que, para os indivíduos poderem se envolver neste processo precisam, além de ambientes favoráveis, ter acesso à informação, às experiências e habilidades na vida, assim como oportunidades que os possibilitem fazer suas escolhas por uma vida saudável.

Conforme apresenta Gloria A. Coe (16) a Carta de Ottawa, além de definir a promoção da saúde como o “processo de capacitar as pessoas para que aumentem o controle sobre a sua saúde e para melhorá-la”, estabeleceu que os meios de comunicação são atores-chave para a promoção da saúde.

Conforme apresenta a Carta de Ottawa (15), a promoção da saúde possibilita colocar a saúde na agenda de prioridades dos políticos e dirigentes dos países, chamando a atenção para a sua responsabilidade política com a saúde, mas requer que os obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos outros setores sejam identificados e removidos. Além disso, a promoção da saúde deve apoiar o

¹ OMS, 1986.

desenvolvimento pessoal e social pela divulgação de informação e educação para a saúde para aumentar as opções de escolha da população para uma saúde melhor e incrementar o poder das comunidades para que possam participar da tomada de decisão, definição e implementação de estratégias, visando a melhoria das condições de saúde individual e coletiva. Essas atividades devem ocorrer de forma permanente e nos diversos espaços comunitários, escolas, locais de trabalho, lares, entre outros.

A Carta de Ottawa ainda identifica cinco campos de ação para a promoção da saúde, interdependentes entre si: a construção de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o desenvolvimento de habilidades, o reforço da ação comunitária e a reorientação dos serviços de saúde.

Em abril de 1988, ocorreu a 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Adelaide (17), com a participação de 42 países, e teve como tema central políticas voltadas para a saúde, mantendo a direção já estabelecida em Alma-Ata e Ottawa. Os participantes compartilharam experiências sobre a implementação de políticas públicas saudáveis e recomendaram estratégias de ação neste sentido.

O principal objetivo de uma política pública saudável é a criação de um ambiente favorável para que a população possa viver com saúde, que deve ser o seu fator essencial e é de responsabilidade de todos os setores da sociedade, inclusive da comunicação. A saúde, além de um direito fundamental, é um investimento social, que ao serem implementadas nas políticas, podem garantir uma vida saudável e satisfatória, e, assim, os governos estarão aumentando a produtividade da sociedade. E para que isto ocorra é preciso acabar com as desigualdades de acesso, principalmente das pessoas em desvantagem e as minorias, aos serviços que lhe garantam uma melhor qualidade de vida.

Essa conferência enfatizou a necessidade de avaliar e difundir o impacto destas políticas, de forma que as pessoas possam entendê-las e delas se beneficiarem, identificando quatro áreas prioritárias para promoção de ações imediatas:

- Apoio à saúde da mulher: por serem as principais promotoras de saúde, os grupos de mulheres que trabalham com promoção da saúde devem receber mais reconhecimento e apoio, além de permitir maior

acesso à informação e aos recursos do setor e, desta forma, é proposta a criação de políticas voltadas à saúde da mulher.

- Alimentação e nutrição: eliminação da fome e da má nutrição, aumentando o poder de compra da população, assegurando estoques de alimentos, assim como o acesso a uma alimentação mais saudável.
- Tabaco e álcool: desenvolvimento de políticas públicas para redução da produção de tabaco e distribuição de álcool, assim como o seu “marketing”, considerando os problemas de saúde causados à população pelo seu uso.
- Ambientes saudáveis: união do setor saúde aos movimentos ecológicos para a conservação dos recursos naturais, criando ambientes saudáveis para a população.

A Declaração de Adelaide (17) apresentou como compromissos para uma saúde pública global:

Os pré-requisitos para o desenvolvimento social e da saúde são a paz e a justiça social; alimentação adequada e água potável; educação e moradia decentes; um papel profícuo na sociedade e renda adequada; conservação dos recursos naturais e proteção do ecossistema. As políticas públicas saudáveis e o compromisso para uma saúde pública global dependerão das bases de uma forte cooperação internacional para agir nas questões que, por sua amplitude e complexidade, ultrapassam as fronteiras nacionais.²

Já em 1990, segundo relata Mosquera (18), durante a 23ª Conferência Sanitária Pan-Americana, demonstrou-se um interesse especial em posicionar a comunicação social como uma disciplina importante para a formação básica dos indivíduos, famílias e comunidades. Algum tempo depois, nas orientações estratégicas de 1995-1998, buscava-se que o uso da informação, como instrumento de mudança, deveria ser uma esfera de trabalho importante e que a sua transmissão, a indivíduos e grupos, por meio da comunicação social, criaria o conhecimento que deveria servir de base para alcançar mudanças de suas atitudes e práticas. Além disso, as informações também deveriam destinar-se a grupos específicos da comunidade, com o objetivo de exercer influência sobre as políticas ou fomentar a adoção de políticas públicas orientadas para a saúde, que é um componente fundamental para a promoção da saúde.

² OMS, 1988.

Em paralelo aos vários eventos que debateram a relevância e o significado da promoção da saúde, aumentou no setor saúde a preocupação sobre a ameaça ao meio ambiente. Dessa forma, a 3ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (19), realizada em junho de 1991, em Sundsvall, com o tema “Ambientes favoráveis à Saúde”, chamou a atenção para as pessoas que vivem em extrema pobreza em ambientes degradados e que ameaçam cada vez mais a sua saúde, afastando da meta da saúde para todos no ano 2000, apresentada na Declaração de Alma-Ata. A conferência identificou inúmeros exemplos e abordagens possíveis de serem trabalhadas na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde e reconheceu o papel de todos em sua criação, principalmente dos responsáveis pela tomada de decisão – uma vez que ambiente e saúde são interdependentes e inseparáveis – e na direção de um verdadeiro compromisso com o desenvolvimento sustentável e a equidade.

A Declaração de Sundsvall, “Ambientes Favoráveis à Saúde”, faz referência aos aspectos físico e social de nosso entorno, alcançando todos os espaços em que as pessoas vivem, e englobam as estruturas que determinam o acesso aos recursos para viver e, ainda, as oportunidades para se ter maior poder de decisão. Para se ter um ambiente favorável e promotor de saúde é necessário considerar as dimensões social, política e econômica, assim como a necessidade de reconhecimento e utilização da capacidade e os conhecimentos das mulheres em todos os setores.

As experiências apresentadas na conferência mostraram que ambientes favoráveis possibilitam capacitar as pessoas a expandirem suas competências e desenvolverem a autoconfiança, e com base nelas identificaram estratégias de ação em saúde pública com o objetivo de criarem-se ambientes favoráveis localmente, que são: o aumento do poder de decisão e a participação comunitária como fatores essenciais para o processo democrático de promoção da saúde e a força motriz para a autoconfiança e o desenvolvimento.

A Conferência Internacional de Promoção da Saúde (20), realizada em novembro de 1992, em Santafé de Bogotá, contou, além de gestores e profissionais de saúde dos países, com profissionais de comunicação social, que se reuniram para definir o significado da promoção da saúde na América Latina e debater princípios, estratégias e compromissos relacionados com o sucesso da saúde da população. Desta forma apresentam:

*A promoção da saúde na América Latina busca a criação de condições que garantam o bem-estar geral como propósito fundamental do desenvolvimento, assumindo a relação mútua entre saúde e desenvolvimento.*³

Pelo panorama apresentado pelos países da América Latina, no período da realização da conferência, a promoção da saúde destacou a importância da participação ativa das pessoas na mudança das condições sanitárias e maneira de viver que estejam de acordo com uma cultura de saúde, assim, o repasse de informação e a promoção do conhecimento tornam-se importantes ferramentas para a participação e a mudança nos estilos de vida das populações. Nesse contexto, o papel da promoção da saúde é buscar a participação cidadã, diminuindo as barreiras que a impeça de se concretizar, assim como identificar e reduzir os fatores que favoreçam a iniquidade, atuando como um agente de mudança, buscando assim a transformação nas atitudes e condutas da população e de seus dirigentes.

Essa conferência apresentou como estratégias a mudança de valores, crenças, atitudes e relações de forma a impulsionar uma cultura de saúde; transformar o setor saúde, garantindo o acesso aos serviços, mudança dos fatores condicionantes do processo de adoecimento e criar ideais de saúde na população; além de mobilizar a sociedade para priorizar a saúde como vontade política.

Já a 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde (21), realizada em Jacarta, em julho de 1997, com o tema “novos protagonistas para uma nova Era: orientando a promoção da saúde no Século XXI”, foi a primeira a se realizar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde, além de oferecer uma visão e um enfoque para a promoção da saúde para o próximo século. Neste sentido, apresentou como pré-requisitos para a saúde: paz, abrigo, instrução, segurança social, relações sociais, alimento, renda, direito de voz das mulheres, ecossistema estável, uso sustentável dos recursos, justiça social, respeito aos direitos humanos e equidade, além de indicar a pobreza como a maior ameaça à saúde da população.

Destacou ainda a importância que a promoção da saúde evolua para enfrentar os determinantes da saúde e, neste sentido, alguns fatores externos representam um impacto significativo para a saúde, positiva ou negativamente, como a integração da economia global, os mercados financeiros e o comércio, o

³ OMS, 1992.

acesso aos meios de comunicação de massa e à tecnologia de informação, bem como a degradação do ambiente, ocasionada pela má utilização dos recursos naturais.

Assim, apresenta como prioridades para o século XXI: a promoção da responsabilidade social com a saúde, tanto no setor público como privado; aumentar os investimentos para fomentar a saúde com um enfoque multissetorial; consolidar e expandir parcerias em prol da saúde nos diversos setores da sociedade; aumentar a capacidade comunitária e dar direito de voz ao indivíduo, para que a população possa influenciar nos determinantes da saúde, apoiados pela comunicação tradicional e pelos novos meios de informação; e conseguir uma infraestrutura para a promoção da saúde, apoiados por ambientes político, jurídico, econômico, educacional e social apropriados. E para apoiar e acelerar o progresso da promoção da saúde mundial referendou a criação de uma aliança mundial para promoção da saúde, com a meta de promover as prioridades das ações para a promoção da saúde.

Com a globalização e desenvolvimento mundial, várias mudanças ocorreram e possuem consequências econômicas, socioculturais, políticas e ambientais, que acabam influenciando negativamente o desenvolvimento da saúde no mundo e alguns países não conseguem enfrentá-las sozinhos. Reconhecendo a necessidade e o potencial para possibilitar um maior impacto na saúde mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS), formando uma aliança entre os países mais populosos do mundo, criou a Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde (22), para que juntos possam exercer influência na agenda mundial de políticas de promoção da saúde. A primeira reunião da Rede ocorreu em março de 1998, contando com a presença de dez megapaíses, que apresentaram as suas prioridades nacionais para promoção da saúde e definiram as estratégias, os papéis-chave, a missão e as metas da Rede.

A missão consiste em fortalecer a capacidade de promoção da saúde, nos âmbitos mundial e nacional, no sentido de ampliar a oferta de saúde às populações dos megapaíses, e também à população mundial. Além de sua unidade assegurar um pacto importante às questões internacionais de saúde, os megapaíses irão continuar direcionando as suas próprias prioridades nacionais de saúde, construindo, assim, infraestruturas de promoção de saúde mais fortes dentro de cada país.⁴

⁴ OMS, 1998.

Em junho de 2000, a 5ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na cidade do México, apresentou em sua carta de intenções, a Declaração do México (23), afirmando que a promoção da saúde e o desenvolvimento social são deveres que devem ser compartilhados entre os governos e demais setores da sociedade, que em conjunto tem ocorrido uma significativa melhora na saúde e que alcançar o mais alto nível de saúde é um elemento necessário para o desenvolvimento social e econômico. Mas, apesar destes esforços, ainda há muitos problemas de saúde que devem ser resolvidos e as estratégias de promoção da saúde tornam-se eficazes de resolvê-los.

Dessa forma recomendam que a promoção da saúde deva ser uma prioridade, devendo ser assegurada a participação de todos os setores da sociedade na sua implementação, por meio da preparação de planos de ação nacionais, que devem incluir a identificação de prioridades, apoio às pesquisas, mobilização de recursos financeiros e operacionais e estabelecimento ou fortalecimento das redes nacionais e internacionais.

O Relatório do Encontro Internacional sobre a Saúde em todas as Políticas (24), realizado em Adelaide, em abril de 2010, que teve por objetivo engajar os líderes e formuladores de políticas, em todos os níveis de governo, enfatizou que para se alcançar os objetivos de governo é mais fácil quando todos os setores incorporam a saúde e o bem-estar como componentes centrais no desenvolvimento de suas políticas. Também apresentou a necessidade de estabelecer um novo contrato social entre os setores da sociedade para ampliar o desenvolvimento humano, a sustentabilidade, a equidade e as condições de saúde, e, para tanto, é preciso buscar novas formas de governança.

A estratégia apresentada “Saúde em todas as Políticas” foi desenvolvida e testada para ajudar líderes e formuladores de políticas a integrarem esforços ligados à saúde, ao bem-estar e à equidade durante a formulação, implementação e avaliação de suas políticas e serviços, e a construção de um processo nesta ótica necessita, além do fomento de ações, a criação de oportunidades para modificar a maneira de pensar destes agentes e a cultura da formulação de políticas.

2.2 O BRASIL E A PROMOÇÃO DA SAÚDE

Para além de todo o debate internacional sobre Promoção da Saúde, no Brasil, diversos acontecimentos ocorreram e contribuíram para implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde. Uma das estratégias fundamentais para a promoção da saúde, tanto para o indivíduo como para a comunidade, é o fortalecimento da participação social na construção, implementação e controle das políticas de saúde, ou seja, contribuir para a gestão do sistema de saúde do país. Esta participação permite qualificar a capacidade da população em refletir e atuar sobre a sua saúde e de sua comunidade, orientando o sistema de saúde na execução de ações de acordo com as reais necessidades de saúde da população.

Um dos maiores espaços de debate e participação democrática no sistema de saúde do Brasil ocorre nas conferências de saúde, que apesar de acontecerem desde 1937, foi somente a partir de 1986 que passaram a representar espaço de diálogo, avaliação da situação de saúde e de proposição de diretrizes para formulação de políticas. Entre as conferências realizadas, a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986), foi considerada um marco na história da luta pela democracia no campo da saúde. Nela foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde e apresentou como temas a saúde como dever do Estado e direito do cidadão, reformulando o Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial, que serviu de base para elaboração da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988.

Em 5 de outubro de 1988, após um processo de debate, foi promulgada a Constituição Federal (2), sendo criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que passa a entender a saúde como resultado de políticas econômicas e sociais, considerando-a um direito de todos e dever do estado, a relevância pública das ações e serviços de saúde e, além da criação, a organização do sistema de saúde pelos princípios da descentralização, do atendimento integral e da participação da comunidade. Conforme apresenta o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) (25), para consolidação do SUS, em permanente processo de construção, foram criadas diversas leis e normas, desde sua criação, para garantir este processo. Entre elas podemos destacar a Lei nº 8.080, de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, as constituições estaduais e leis orgânicas municipais (26), e a Lei nº 8.142, de dezembro de 1990,

que regula a participação da comunidade no SUS, instituindo os Conselhos de Saúde e as Conferências de Saúde (27).

A Constituição de 1988 traz em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde, pois os princípios da universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada, podem ser potencializadas a partir das ações de promoção da saúde, contribuindo desta forma para qualificação do SUS. Além destes, apresenta a participação e o controle da sociedade sobre a política de saúde, e que o fortalecimento da participação popular é estratégia fundamental para a promoção da saúde dos indivíduos e comunidade, possibilitando resgatar a capacidade do cidadão de refletir sobre a sua saúde e de sua comunidade.

Anterior ainda à criação do SUS, com o objetivo de promover o desenvolvimento econômico e social da região Nordeste, nas áreas de saúde, educação, agricultura e meio ambiente, o governo federal criou, por meio do Decreto nº 91.178, de 1º de abril de 1985, o Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste (Projeto Nordeste) (28). No âmbito do Ministério da Saúde (29), foi instituído pela Portaria nº 9, de 14 de abril de 1988, desenvolvido com acordos de empréstimo com o Banco Internacional par Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD) e que tinha como objetivo o reordenamento das ações básicas de saúde na região Nordeste. O projeto foi desenvolvido em dois momentos, em um primeiro momento o Projeto Nordeste I (PNE I), que vigorou de 1986 a 1995, abrangendo 217 municípios dos estados da Bahia, Piauí, Rio Grande do Norte e Minas Gerais, e uma segunda fase do Projeto Nordeste II (PNE II), que vigorou de 1990 a 1994 e prorrogado até 1997, incorporando mais 508 municípios dos estados de Alagoas, Bahia, Ceará, Paraíba, Pernambuco, Maranhão e Sergipe. Durante o desenvolvimento do projeto foi enfatizada a necessidade de financiamento de atividades de Informação, Educação e Comunicação (IEC), projetadas para educação e informação do público e populações específicas, como mulheres e adolescentes, para políticas, programas e atividades de saúde, além de buscar estimular a comunicação de massa e a preparação de materiais educativos para agentes de saúde e as populações-alvo do programa.

No ano de 1993 que o projeto IEC foi reconhecido como coordenação e passou a ganhar força dentro da estrutura organizacional do Ministério da Saúde. Essa coordenação realizou um diagnóstico das equipes de IEC estaduais e,

sentindo a necessidade de elaborar um planejamento gerencial e operacional, de acordo com as prioridades de projeto, elaborou três documentos que serviram de base para o desenvolvimento das ações nos estados, municípios e no próprio Ministério da Saúde. Nesse contexto, com o objetivo de elaborar, implementar e monitorar os projetos de IEC em saúde para a população da região Nordeste, são constituídas equipes multiprofissionais no nível central, com ampliação das equipes estaduais, sendo desenvolvidas diversas ações que envolvem programas de rádio, inclusão de arte nas ações de saúde, parceria com as universidades federais dos estados envolvidos para capacitação de conselheiros, além do estabelecimento de parcerias com outras áreas do Ministério da Saúde, como Funasa, Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e com a Comissão Permanente para Redução da Mortalidade Infantil (PRMI).

Todo o esforço desse projeto resultou na elaboração de um documento “IEC – Uma estratégia para o SUS” (30), que foi divulgado na 10ª Conferência Nacional de Saúde, possibilitando a inclusão de um capítulo com 66 recomendações no seu relatório final. Algumas das recomendações propunham a manutenção de uma área para desenvolvimento de ações de IEC nas estruturas do Ministério da Saúde e nos estados e municípios; trabalho com ações de educação para os profissionais de saúde, os movimentos sociais e a população, baseando-se em propostas que buscassem o fortalecimento do SUS, a construção da cidadania e uma compreensão de saúde ligada à qualidade de vida, de forma democrática e participativa; e a garantia de recursos financeiros para as ações de educação em saúde.

Acompanhando o debate internacional sobre promoção da saúde e sobre Atenção Primária à Saúde foram implementados no país, a partir de 1991, alguns programas importantes. Conforme relata Jatene (31):

...na Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, tinha sido criado o slogan: “Saúde para todos no ano 2000”, dando ênfase à Atenção Primária à Saúde, que deveria prevalecer sobre o atendimento hospitalar.⁵

Nesse sentido e com base em experiências que foram sendo desenvolvidas em alguns municípios brasileiros ao longo dos anos, em 1991 é implementado no país o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), com o objetivo inicial,

⁵Brasil, 2010, p. 11.

segundo Sousa (32), de enfrentar os graves problemas de saúde materna e infantil na região Nordeste do país.

Conforme nos apresenta Girade (6), aproveitando as experiências de promover a saúde da população e incorporar o ACS nesse processo de levar a atenção à saúde de qualidade às comunidades, surge, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), que segundo o autor foi facilitado pela existência do PACS:

*A existência do PACS facilitaria a implementação da Saúde da Família como um modelo totalmente brasileiro.*⁶

Esse programa (33) se constitui como uma estratégia prioritária para reorganização da Atenção Básica/Primária no país, de acordo com os preceitos do SUS e dos princípios da Atenção Básica.

Como se percebe, tanto a criação do SUS, pela Constituição Federal de 1988, como o projeto IEC, assim como o PACS e PSF, já trazem em sua estrutura vários dos princípios e propostas da promoção da saúde discutidas internacionalmente. A partir de 2002 o Ministério da Saúde lançou as bases da promoção da saúde no Brasil, e na publicação Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão) (4) apresenta uma ligação entre a Constituição Federal e a promoção da saúde:

*A política de saúde construída no Brasil, a partir do esforço da sociedade em seu processo de redemocratização e que culminou com a Constituição de 1988, tem em seu arcabouço elementos para o desenvolvimento de ações e estratégias de promoção da saúde. Os princípios de universalidade, integralidade e equidade e as diretrizes de descentralização e organização hierarquizada podem ser potencializadas a partir do olhar e de ações de promoção da saúde, contribuindo para a qualificação do Sistema Único de Saúde e a partir deste para a construção de uma ampla aliança nacional tendo como centro a qualidade de vida.*⁷

Nessa publicação apresenta a proposta da promoção da saúde a ser implementada no país, que assume a saúde em seu conceito mais amplo, pautando a discussão sobre a qualidade de vida, apresenta como proposta para a solução dos problemas a articulação de parcerias, atuações intersetoriais e a mobilização social para garantir a participação da sociedade e a autonomia dos indivíduos e comunidades, reforçando o planejamento e poder local. Além disto, propõe a saúde como um conceito em construção, que depende de valores sociais, culturais,

⁶Brasil, 2010, p. 22.

⁷ Brasil, 2002, p. 9.

subjetivos e históricos, e coloca a serviço da saúde os saberes e as ações produzidas nos diferentes campos do conhecimento. Assim, a promoção da saúde deve, além de reorientar os serviços de saúde para uma perspectiva de atenção integral às pessoas e suas necessidades, não devendo ser considerada mais um nível de atenção, redirecionar o enfoque das políticas públicas e compartilhar saberes técnico e saberes populares na luta contra as desigualdades, participando na construção de cidadania e constituição de sujeitos.

Outro aspecto importante que auxiliou na implementação da promoção da saúde, relacionado principalmente sobre a responsabilidade pela gestão dos SUS, foi o resultado de diversos debates nacionais. Nesse sentido o Conselho Nacional de Secretários de Saúde solicitou ao Ministério da Saúde a revisão do processo normativo do SUS, pois este necessitava contemplar a diversidade e as diferenças do país e fortalecer o controle social, e uma nova norma contribuiria para a construção de um modelo de atenção que contemplasse os seus princípios, integrando as ações de saúde, reafirmando a importância das instâncias deliberativas, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e a Comissão Intergestores Tripartite (CIT).

Esse processo teve início em 2004, com a participação das três esferas de gestão do SUS (federal, estadual e municipal), com objetivo de iniciar a revisão do processo normativo do SUS e estabelecer as diretrizes, conteúdos e metodologia de trabalho para se elaborar as propostas de pactuação do processo de gestão do mesmo. Esse processo resultou da publicação da Portaria GM/MS nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que define as diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde (34). Neste mesmo ano foram publicadas as Portarias nºs 698 e 699 (35). A primeira instituindo a nova forma de transferência de recursos federais destinados ao custeio de ações e serviços de saúde em blocos de financiamento e a segunda regulamentando as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Com a discussão do Pacto de Gestão, os gestores do SUS compreenderam a necessidade de serem pactuadas metas e objetivos a serem alcançados, assim como o envolvimento da sociedade em defesa do SUS, estabelecendo-se a organização de um Pacto pela Saúde. Assim, foram definidas três dimensões do Pacto pela Saúde 2006: Pacto em Defesa do SUS (34), Pacto pela Vida e Pacto de Gestão (35).

O Pacto em Defesa do SUS busca consolidar a política pública de saúde como uma política de estado – rompendo os limites setoriais, levando o seu debate

para a sociedade organizada –, e apresenta como prioridades a implementação de um projeto permanente de mobilização social e a elaboração e divulgação da carta de direitos dos usuários do SUS. Já o Pacto pela Vida é constituído por um conjunto de compromissos sanitários e busca mudar, de maneira radical, a forma de pactuação do SUS, que deve ser executado com foco em resultados, derivados da análise de saúde da população e prioridades definidas pelos governos, e com explicitação dos compromissos orçamentários e financeiros.

Esse pacto é firmado por instrumento jurídico público, o Termo de Compromisso de Gestão, entre União, estados e municípios, que tem por objetivo formalizar as responsabilidades e atribuições de cada esfera de governo na condução do processo de aprimoramento e consolidação do SUS. Além disso, o Pacto pela Vida definiu seis prioridades:

- Saúde do idoso.
- Controle do câncer do colo de útero e mama.
- Redução da mortalidade infantil e maternal.
- Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias.
- Promoção da saúde.
- Fortalecimento da Atenção Básica.

O Pacto pela Gestão, por sua vez, contempla os princípios do SUS, estabelecendo responsabilidades solidárias dos gestores para fortalecer a gestão compartilhada e solidária do SUS. Esse pacto avança na regionalização e descentralização do SUS e explicita as diretrizes para o financiamento público, estabelecendo relações contratuais entre os entes federados.

Para fazer cumprir uma das prioridades definidas pelo Pacto pela saúde 2006, imbuído no princípio de que a saúde depende da qualidade de vida e entendendo que as ações públicas de saúde devem ir além da ideia de cura e reabilitação, o Ministério da Saúde, após pactuar na CIB e aprovar no Conselho Nacional de Saúde (CNS), lançou em 30 de março de 2006 a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (3), por meio da Portaria nº 687. A PNPS afirma que para desenvolver a promoção da saúde no país é necessário intervir sobre uma série de problemas sociais, como violência, desemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada ou ausente, dificuldade de acesso à educação e à saúde, fome,

urbanização desordenada, entre outros fatores. Para isso, torna-se necessário o esforço articulado com políticas e programas de outras instituições governamentais, além das instituições públicas e privadas, para transformar os fatores de vida da população que colocam em risco a sua saúde.

A PNPS entende a Promoção da Saúde como:

uma estratégia de articulação transversal, na qual confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas.⁸

A promoção da saúde no Brasil, agora enquanto política pública, visa a criação de mecanismos para reduzir as situações de vulnerabilidade da população, defender a equidade e incorporar a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas para além dos modos institucionalizados do controle social. Também coloca a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas de saúde seja construído e gerenciado de forma compartilhada e sua organização, seja no âmbito da gestão como da participação, realizada em rede, compondo redes de compromissos entre todos os envolvidos. Assim, apresenta como objetivo geral:

Promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.⁹

Ao ser lançada, a promoção da saúde apresentou uma agenda prioritária de ações específicas:

- Divulgação e implementação da PNPS.
- Alimentação saudável.
- Prática corporal/atividade física.
- Prevenção e controle do tabagismo.
- Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas.
- Redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito.

⁸ Brasil, 2006d, p. 12.

⁹ Brasil, 2006d, p. 17.

- Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz.
- Promoção do desenvolvimento sustentável.

Para a implementação da PNPS no país, foi instituído, no ano de 2006, o Comitê Gestor da PNPS, que reúne todas as secretarias, fundações e agências do Ministério da Saúde, Conass e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (Conasems), e apresenta como atribuições a articulação e integração das ações de promoção da saúde no âmbito do SUS, coordenar a sua implementação no país e incentivar a elaboração de políticas de promoção da saúde locais e que considerem as diretrizes da Política Nacional.

Assim, desde a publicação da PNPS e da criação de seu Comitê Gestor, o Ministério da Saúde tem trabalhado para a sua implementação em todo o território nacional, articulando as diversas áreas do Ministério que desenvolvem ações de promoção da saúde, bem como com os demais órgãos do governo federal, de estados e municípios, criando políticas e programas específicos para atender à agenda prioritária, com repasse de recursos regulares para o desenvolvimento de ações locais pelas instituições parceiras, assim como para a qualificação dos profissionais envolvidos em seu desenvolvimento, além da produção de material para implementação da política e dos programas específicos para cada linha de ação.

Assim, para que a promoção da saúde ocorra é necessário produzir saúde e, portanto é preciso ampliar o pensar e o agir, analisando as maneiras de viver dos indivíduos e das comunidades, de acordo com o conceito ampliado de saúde. É necessário analisar todas as questões sociais, econômicas, políticas e culturais que podem influenciar na saúde da população, ou seja, todos os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) (36). As situações vivenciadas pela população, individual e coletivamente, são os DSS, que são considerados como todas as condições de classe social, escolaridade, segurança alimentar, habitação e moradia, bem como o acesso a bens e serviços públicos. Conforme nos apresenta Buss e Pellegrini Filho (37) sobre a definição de DSS:

As diversas definições de determinantes sociais de saúde (DSS) expressam, com maior ou menor nível de detalhe, o conceito atualmente bastante generalizado de que as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde. Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são os fatores sociais, econômicos, culturais,

*étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população.*¹⁰

Ainda, segundo os autores, a evolução conceitual e prática do movimento de promoção da saúde aponta para uma atuação cada vez maior, sobre os DSS, como um importante suporte para a implementação de políticas e intervenções com o objetivo de intervir na iniquidades sociais.

Nesse contexto, foi criada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em março de 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (*Commission on Social Determinants of Health – CSDH*), que tem como meta promover internacionalmente a tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e a importância de combater as iniquidades em saúde por eles geradas.

O Brasil foi o primeiro país a criar a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), em março de 2006, que é composta por dezesseis lideranças da vida social, cultural, científica e empresarial do país. Essa comissão tem como principais objetivos e linhas de ação: gerar informações e conhecimentos sobre os determinantes sociais e a situação de saúde no país; contribuir para a formulação, promoção, acompanhamento e avaliação de políticas, programas e intervenções que possam influir sobre os DSS; mobilizar diferentes instâncias do governo e da sociedade civil sobre a importância da relação entre saúde e condições de vida, possibilitando a diminuição das iniquidades de saúde; utilizar dos mais variados meios de comunicação para divulgar as atividades e projetos do plano de ação da CNDSS, para os diversos segmentos da sociedade, com formato e conteúdo adequado; e desenvolver atividades de cooperação com países da América Latina para promoção em suas políticas de saúde, o enfoque dos DSS e a criação de comissões nacionais.

Todos os objetivos e ações têm o compromisso com a definição de políticas públicas destinadas a combater as iniquidades de saúde e todas as políticas a serem criadas devem apoiar-se em evidências científicas e na participação popular. Cabe ainda ressaltar que as atividades da CNDSS possuem como referência o conceito ampliado de saúde concebido pela OMS e o preceito apresentado no artigo 196 da Constituição brasileira de 1988 (2).

¹⁰Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 78.

Outro aspecto importante na promoção da saúde é o importante papel que o Brasil tem demonstrado no cenário internacional, exemplo disto é a sua participação na Reunião de Alto Nível sobre Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), convocada pela Assembléia Mundial das Nações Unidas e realizada nos dias 19 e 20 de setembro de 2011, em Nova York (EUA). Neste evento a Presidenta da República, Dilma Rousseff, fez a abertura da Conferência de Alto Nível da Organização das Nações Unidas (ONU). Em seu discurso inaugural destacou a necessidade de enfrentamento, a prevenção e o controle das DCNT e apresentou as ações desenvolvidas no Brasil e o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil: 2012 – 2022 (38). Esse plano apresenta as propostas brasileiras para prevenção, controle e promoção da saúde para enfrentar as DCNT, entre elas o acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.

Nesse enfrentamento, o país tem implementado importantes políticas, como a Política Nacional de Promoção da Saúde que prioriza ações no campo da alimentação saudável, atividade física, prevenção do uso do tabaco e álcool. Além disso, define os Determinantes Sociais das DCNT:

Como determinantes sociais das DCNT, são apontadas as desigualdades sociais, as diferenças de acesso aos bens e serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além de fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível a sua prevenção.¹¹

Outro evento importante abordando os DSS foi a realização, nos dias 19 a 21 de outubro de 2011, no Rio de Janeiro, da Conferência Mundial sobre Determinantes Sociais da Saúde, que reuniu governos e sociedade civil para debater estratégias e metodologias, e para assumir o compromisso coletivo internacional de combate às iniquidades em saúde, por meio da ação sobre os determinantes sociais de saúde.

¹¹ Brasil, 2011, p. 13.

2.3 A COMUNICAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

A importância da comunicação para saúde, nos mais variados enfoques, é reconhecida e apresentada nos documentos produzidos nas conferências internacionais sobre promoção da saúde. Somente a 5ª Conferência Internacional de Saúde, realizada no México em 2000, não faz referência à comunicação.

A comunicação aparece como um dos vários elementos do contexto social que influenciam a promoção da saúde, sendo algumas vezes de forma negativa, como em Jacarta e na Rede de Megapaíses. Devido à transversalidade da saúde, a comunicação, enquanto telecomunicação, constitui um dos mecanismos necessários para melhorar o bem-estar e a qualidade de vida da população, aparecendo como um dos fatores de garantia e fortalecimento da saúde (Alma-Ata, Ottawa, Adelaide e Jacarta). Em Adelaide e Santafé de Bogotá, a comunicação surge como instrumento de valorização da diversidade e das culturas regionais, encarada como forma de garantir o acesso à informação e ao conhecimento sobre os temas de saúde, lembrando que para se garantir a universalidade da comunicação, torna-se necessário haver a adequação da linguagem das mensagens às diferentes culturas existentes.

Já em Ottawa, Santafé de Bogotá e Jacarta é salientado o caráter de participação da população como forma de garantir o desenvolvimento pessoal e comunitário, que deve ser garantido pelo repasse e divulgação de informações de saúde para promover o conhecimento e educar a população.

A comunicação estratégica para a saúde é compreendida como o desenvolvimento de sistemas de informação para melhorar a base de informações, desta forma possibilitando apoiar o processo de gestão da promoção da saúde, o compartilhamento de experiências e a criação de redes para colaboração intersetorial (Adelaide, Sundsvall, Jacarta e Rede de Megapaíses). Neste caso, a informação é apresentada como um instrumento de monitoramento e avaliação da comunicação nas ações de saúde, e, quando consolidado, por meio de sistemas de informação, pode auxiliar na tomada de decisões para alocação de recursos e na promoção de ações intersetoriais.

No Brasil, a importância da comunicação para a promoção saúde, sob o enfoque da participação popular, também pode ser verificada no debate realizado nas conferências de saúde e pelos conselhos de saúde. Conforme nos apresenta

Cardoso (12), em todas as conferências tem se manifestado sobre a comunicação e sua estreita relação com o controle social, possibilitando subsidiar e incentivar a participação popular no processo de democratização do Estado e consolidação do SUS.

Da 8^a à 12^a Conferência Nacional de Saúde, passando por inúmeros encontros, plenárias e debates nas esferas municipal, estadual e nacional, muito se discutiu e, principalmente, se reivindicou sobre comunicação, e cabe salientar que, na 11^a e na 12^a Conferências Nacionais de Saúde foi deliberada a constituição de uma rede nacional e pública de comunicação e saúde, com a finalidade de articular os conselhos de saúde do país, comissões intergestoras, instâncias dos poderes executivo e judiciário, Ministério Público e todos os segmentos envolvidos com o controle social, por meio da internet e outros meios de comunicação. Essa rede por ser de natureza pública, propõe e pode expressar uma outra relação entre governos e sociedade, e tem o objetivo de aprofundar a cidadania, o controle social e a mobilização popular em defesa do SUS; fortalecer os movimentos e redes sociais; democratizar as informações; e favorecer a transparência da gestão e a capacitação de conselheiros de saúde.

Já para Tovar (39), a participação e o controle social demandam um novo tipo de relação entre Estado e sociedade, que requer processos de descentralização política e administrativa, e para que a real participação e controle social ocorram, torna-se necessário o fortalecimento dos recursos de poder das organizações sociais, e um dos maiores recursos de poder está no acesso e manejo da comunicação e da informação.

No Ministério da Saúde, a comunicação como estratégia para a promoção da saúde, inclusive como parte da estrutura organizacional, aparece com a implantação do Projeto Nordeste, sendo conhecido posteriormente como Projeto IEC, com a destinação de recursos financeiros para o desenvolvimento de ações na temática do projeto. Apesar de o final do projeto e da não continuidade de suas ações, o projeto trouxe para o cenário nacional da área da saúde o debate sobre a comunicação em saúde, mesmo sendo apenas um de seus componentes. O seu desenvolvimento, além de levar propostas para o relatório final da 10^a Conferência Nacional de Saúde, apresentada e aprovada como resolução pelo plenário do Conselho Nacional de Saúde em 1986, serviu também para criação de uma comissão específica para tratar do tema comunicação no CNS e o desenvolvimento de ações específicas para

qualificação dos processos de informação e comunicação no âmbito da participação e controle social no SUS.

Em outras políticas de saúde podemos verificar a importância da comunicação para o seu desenvolvimento. No Pacto pela Saúde, apesar de não tratar diretamente sobre comunicação – somente no tangente à destinação de recursos para o desenvolvimento de campanhas de vacinação – diversas diretrizes operacionais apresentadas necessitam de processos de comunicação para sua efetivação. Exemplo disso pode ser encontrado ao tratar de ações para o fortalecimento do processo de participação social, envolvendo o estímulo à participação e avaliação nos serviços de saúde, apoio aos processos de educação popular para ampliação e qualificação da participação social; também ao tratar do compromisso das três esferas de governo na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde.

A Política Nacional de Promoção da Saúde apresenta em suas diretrizes aspectos relacionados à comunicação para sua implementação, como o fortalecimento da participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e a apropriação dos indivíduos e comunidades, e divulgação e informação das iniciativas voltadas para a promoção da saúde para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS, considerando as metodologias participativas e o saber popular e tradicional. Além disso, inclui como estratégias de implementação apoiar técnica e/ou financeiramente projetos de qualificação dos profissionais para atuação na área de informação, comunicação e educação popular, referentes à promoção da saúde, que atuam na ESF e PACS; criar e divulgar uma rede de cooperação técnica para promoção da saúde; incluir as ações de promoção da saúde na agenda de atividades de comunicação social do SUS; e criar a rede virtual de promoção da saúde.

Em relação aos DSS, conforme nos apresenta Buss e Pellegrini Filho (37), podemos verificar a importância da comunicação ao apresentarem os fatores comportamentais e estilos de vida dos indivíduos como fortemente influenciados pelos DSS, assim:

Para atuar nesse nível de maneira eficaz, são necessárias políticas de abrangência populacional que promovam mudanças de comportamento, através de programas educativos, comunicação social, acesso facilitado a alimentos saudáveis, criação de espaços públicos para a prática de

*esportes e exercícios físicos, bem como proibição à propaganda do tabaco e do álcool em todas as suas formas.*¹²

Assim, pode-se verificar que a utilização da comunicação é uma das estratégias que pode contribuir para mudança de comportamento e estilo de vida da população para levá-los uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, o relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde (40) destaca que para se mobilizar a sociedade para tomada de consciência e participação social, para uma maior atuação sobre as DSS, torna-se necessário garantir o acesso à informação, principalmente daqueles que geralmente estão excluídos da tomada de decisão. Consideram também o acesso a fontes e fluxos de informação em saúde como um dos determinantes sociais cuja a importância nem sempre é reconhecida, mas que permite, além de aumentar o conhecimento e a capacidade de ação, a adoção de comportamentos saudáveis e a mobilização social para a melhoria de suas condições de vida, que hoje está muito facilitada pelas novas tecnologias de informação e comunicação (TIC), particularmente a Internet. Ao ampliar o acesso à informação, traz como consequência o “empoderamento” da população, constituindo-os como atores sociais e assim fortalecendo a sociedade civil e o próprio processo democrático.

Já no Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (38), no delineamento de suas diretrizes e ações, encontramos algumas ações ligadas diretamente à comunicação. Entre as ações de vigilância, informação, avaliação e monitoramento está a criação de um portal na Internet para monitorar e avaliar a implementação do Plano Nacional de Enfrentamento às DCNT; nas ações de promoção da saúde está o desenvolvimento de campanhas de comunicação que incentivem a prática de atividade física e hábitos saudáveis, articulados aos grandes eventos desportivos; e regulamentação da publicidade de alimentos.

Na Declaração Brasileira para Prevenção e Controle das Doenças Crônicas Não Transmissíveis, os participantes de sua elaboração, no que tange à comunicação, ressaltam a disponibilização aos meios de comunicação e outras instituições de interesse informações que promovam sua atuação corresponsável em ações que visem à melhoria e manutenção da saúde e da qualidade de vida da população. Além disso, com o desenvolvimento do plano proposto, outras ações de comunicação poderão ser desenvolvidas de acordo com a necessidade encontrada.

¹²Buss; Pellegrini Filho, 2007, p. 86.

Para promover a saúde da população, várias ações de comunicação têm sido desenvolvidas pelo Ministério da Saúde. No período de 2007 a 2010, conforme publicação da Assessoria de Comunicação do Ministério da Saúde (41), foram produzidas 73 campanhas publicitárias de divulgação nacional sobre os mais diversos temas, que abordaram vacinação de crianças, idosos e doenças específicas, prevenção de doenças específicas, mudança de comportamento para melhoria da saúde, entre outros. Todas as campanhas foram desenvolvidas de forma articulada com outras ferramentas de comunicação, como a assessoria de imprensa nos grandes veículos de comunicação do país, a realização de eventos tanto para a divulgação das ações de comunicação implementadas, como para profissionais e gestores de saúde, intervenção nas redes sociais e criação de parcerias com empresas e sociedade civil.

3 A COMUNICAÇÃO E A SAÚDE

A comunicação é tema que todo mundo entende um pouco e tem opinião a respeito, isto ocorre por ser uma prática que acontece no cotidiano das pessoas, seja de forma individual ou coletiva, constituindo-se em uma prática social, que leva à formação de pontos de vistas. Conforme apresenta Araújo e Cardoso (42), a comunicação também é objeto de estudo, que leva a compreender as inter-relações com as demais áreas de atividade e do conhecimento humano, como educação, saúde, ecologia, entre tantas outras.

A promoção de saúde, segundo Corcoran (43), por ser um campo multidisciplinar, atrai profissionais de diferentes áreas e, ao buscar a mudança de comportamento da população no sentido da melhoria de sua saúde e qualidade de vida, a comunicação deve estar em destaque para se alcançar este objetivo. Acrescenta ainda que, desde o contato individual até as campanhas de massa, esta última sendo utilizadas em diversos países, torna-se necessário que a informação em saúde seja acessível à população e apoiada por uma comunicação eficiente, para alcançar os objetivos e metas da promoção da saúde.

A autora, ao citar Lee e Garvin¹³, destaca que é preciso haver o entendimento dos profissionais de saúde, de que uma boa comunicação, no âmbito de suas práticas diárias, não é a transferência de informação (modalidade unilateral), mas sim a troca de informação (modalidade multilateral). É preciso mudar do “monólogo” para o “diálogo”, levando à reflexão na saúde, desta forma, mudando da educação em saúde individual para a promoção de saúde holística.

A importância da comunicação para a saúde, de um modo geral, e especificamente para a promoção da saúde é ressaltado por Beltrán (44):

*Portanto, a política de promoção da saúde exige o apoio dos meios de comunicação social para ser aplicada. E, sem recorrer à comunicação, tais mudanças não podem ser alcançados.*¹⁴ (tradução nossa)

¹³Lee e Garvin, 2003 apud Corcoran, 2010.

¹⁴Beltrán, 1995.

3.1 ALGUMAS TEORIAS E MODELOS DE COMUNICAÇÃO

Para poder entender os diversos conceitos desenvolvidos por vários autores e instituições para comunicação em saúde, torna-se necessário compreender alguns dos conceitos e modelos básicos de comunicação. De acordo com Araújo (11), muitas teorias possuem modelos, que representam a organização de seus principais elementos e da sua inter-relação, normalmente de forma gráfica. Os modelos geralmente apresentam os fluxos, os processos, ou seja, são como moldes em que coloca-se a realidade estudada para ajudar a entender e planejar a atuação sobre ela.

Corcoran (43) acrescenta que os modelos resultam de uma versão simplificada da teoria, podendo servir de orientação para o desenvolvimento de programas de promoção da saúde e que, ao citar Trifilettiet al.¹⁵, tanto a teoria como os modelos “são úteis para o planejamento, implementação e avaliação das intervenções”. E acrescenta que na promoção e educação da saúde, em geral os modelos acabam sendo emprestados de outras áreas como a psicologia social e a comunicação, aplicados aos contextos da saúde e buscam incluir elementos importantes para o comportamento e os processos de decisão. E ainda relata:

As teorias são valorizadas no campo da promoção da saúde devido a seu uso para explicar as influências sobre a saúde, juntamente com a capacidade de sugerir modos em que se podem atingir as mudanças individuais (Parker et al., 2004). As estratégias efetivas de comunicação devem ter base em teoria sólida (Airhihenbuwa e Obrgon, 2000).¹⁶

Assim, é necessário buscar resgatar e entender os modelos e teorias de comunicação, ao longo dos tempos. Neste sentido, conforme nos apresenta Beltrán (45), um dos primeiros conceitos de comunicação foi descrito por Aristóteles¹⁷, quando descreve a comunicação como sendo constituída por três elementos básicos: emissor ou remetente, mensagem e destinatário ou receptor e ao afirmar que o seu propósito era buscar todos os meios possíveis para persuasão, como se o emissor da mensagem tivesse o poder de determinar o comportamento do receptor por meio da fala. As características desta definição são os seus componentes básicos, sua finalidade e ser um processo unidirecional, conforme afirma o autor.

¹⁵ 2005, p. 299 apud Corcoran, 2010, p. 6.

¹⁶ Corcoran, 2010, p. 6.

¹⁷ (Retórica I, 3) apud Beltran, 2011.

Corcoran (43), por sua vez, apresenta este conceito como o “modelo representativo básico de comunicação”, que pode ser representado pela figura:

Figura 1 - Processo remetente, mensagem e destinatário



Fonte: Corcoran, 2010, p. 2.

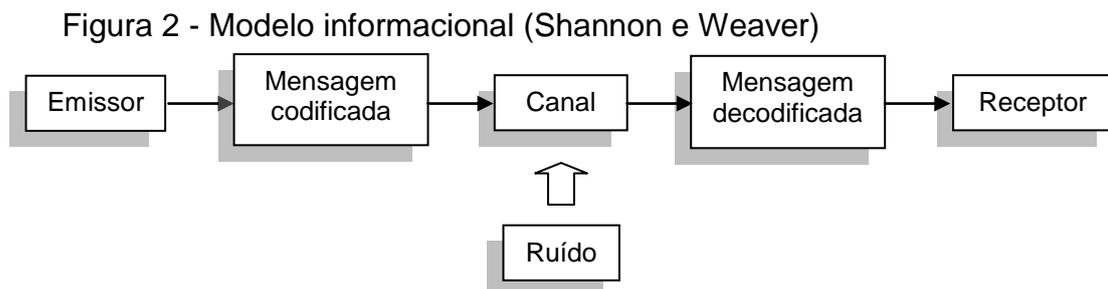
De acordo com Araújo (11), as primeiras décadas de 1920 representaram os primeiros passos no mundo da “Ciência da Comunicação”, com a discussão sobre a potencialidade dos meios de comunicação de massa para manipular as pessoas. Neste sentido, a teoria dominante via as pessoas como inertes e indefesas frente ao que lhe era enviado pelos meios de comunicação, vistas como um alvo e acredita-se que o comportamento humano poderia ser modificado e moldado de acordo com os estímulos que recebiam. Este modelo era denominado de “bala mágica” ou de “agulha hipodérmica”, e o modo de pensar era originado da psicologia.

A autora ainda ressalta que, na década de 1940, a comunicação teve papel estratégico, pois as teorias sobre a sociedade de massa obtiveram maior repercussão, sendo desenvolvidas muitas pesquisas sobre estas teorias e os seus efeitos nas pessoas, sendo motivadas pelo uso realizado dos meios de comunicação por Hitler e Mussolini, na Segunda Guerra Mundial, para obter adesão das pessoas a seus propósitos e objetivos.

Segundo Beltrán (45), uma das definições contemporâneas mais difundidas e duradouras é apresentada por Harold Lasswell, formulada em 1948. Esta apresenta que, uma forma conveniente de descrever o ato de se comunicar, seria responder: quem fala, em qual canal, a quem fala e com que efeito. Assim, agregou ao esquema apresentado por Aristóteles o “como” e explicitou o “para que”. Este conceito apresenta a comunicação como um fenômeno linear e hegemônico, colocando no emissor o poder de persuasão e o receptor como um objeto dela.

Beltrán (45) ainda relata que, nesta década, surge nos Estados Unidos, outro modelo que iria exercer também grande influência, a “teoria matemática da comunicação” ou “modelo informacional”, que daria origem posteriormente à “teoria

da informação”¹⁸. Esta teoria foi formulada pelos engenheiros Claude Shannon e Warren Weaver, que concebem este modelo sendo composto por cinco elementos: uma **fonte** (emissor) de informação que produz a mensagem, um **transmissor** (codificação) que converte as mensagens em sinais transmissíveis, um **canal** pelo qual se transporta a mensagem, um **receptor** (decodificador) que reconverte os sinais em mensagem novamente e um **destinatário** (receptor) a quem esta mensagem se destina. Posteriormente, se incluiu neste modelo o **ruído**, sendo definido como qualquer perturbação ou interferência no canal de transmissão da mensagem. A este modelo também foi agregado o conceito de **retroalimentação** ou **feedback**, definido como o retorno da mensagem do destinatário para a fonte emissora, permitindo a este fazer os ajustes necessários para que a mensagem chegue ao destinatário e cumpra o seu propósito. Assim como em Aristóteles, neste modelo se percebe a noção de transferência, retratando a idéia de um sujeito ativo que transmite algo a um sujeito passivo.



Fonte: Araújo, 2007, p. 105

Apesar de ter sido criado para resolver problemas de transmissão de comunicação entre máquinas, Araújo (11), relata que devido a vários fatores, este modelo foi utilizado internacionalmente como a melhor explicação do processo de comunicação entre pessoas e ainda hoje é bastante utilizado. Segundo a autora, esse modelo leva a compreender a comunicação como um processo linear de transferência de conhecimento, vendo e tratando a comunicação como uma relação fechada entre dois pólos, o emissor e o receptor, e como uma via de mão única, unidirecional, sem diálogo e sem escuta.

Neste cenário, no início da década de 1950, conforme informa Beltrán (45), Wilbur Schramm, fez uma adaptação ao modelo proposto por Shannon e Weaver para comunicação social. Entendendo a comunicação como ato de compartilhar

¹⁸ Disciplina científica que se ocupa da criação, manejo e transmissão de dados.

experiências, sejam elas informações, idéias ou atitudes, por meio de símbolos, manteve os três elementos originais (fonte, mensagem e destinatário) e acrescentou os componentes codificação e decodificação. Neste modelo indica que a função da fonte (emissor) é converter a mensagem em sinal (linguagem) que permitiria a sua transmissão, e que seria recebida por um destinatário, cuja função seria decodificar o sinal recebido, reconvertendo-o em mensagem. Assim, para o autor

Em resumo, as definições tradicionais de comunicação a descrevem como o ato unidirecional de transmissão de mensagens (experiências expressas) de fontes emissoras codificantes a receptores decodificantes, pelo emprego de símbolos (pertencentes a códigos compartilhados por eles), por meio de canais transportadores de sinais e com propósito de persuasão.¹⁹ (tradução nossa)

Segundo informa Araújo (46, 11), o modelo informacional de comunicação serviu de subsídio para a perspectiva desenvolvimentista da comunicação, introduzida no Brasil na década de 1950, na luta contra o comunismo internacional e

... concebe a comunicação como moldagem de atitudes e comportamentos, que se efetivaria por meio de informação suficiente e adequada. É um modelo bipolar, linear, unidirecional e vertical, não dando conta da complexidade da prática comunicativa e social.²⁰

Surgido como conseqüência da Segunda Guerra Mundial, esta perspectiva desenvolvimentista, apresentava a idéia de que o subdesenvolvimento era produto da falta de informação da população sobre hábitos corretos e que para superá-los, era necessária somente a disseminação de informações sobre os hábitos que deveriam ser adotados. No Brasil, conforme apresenta a autora (11), nos governos militares (de 1964 ao início da década de 80), foi agregado outro componente, a segurança nacional, assim, a falta de conhecimento e hábitos desejáveis levariam a uma situação de carência e ameaça a segurança nacional, pois favorece a disseminação de ideologias.

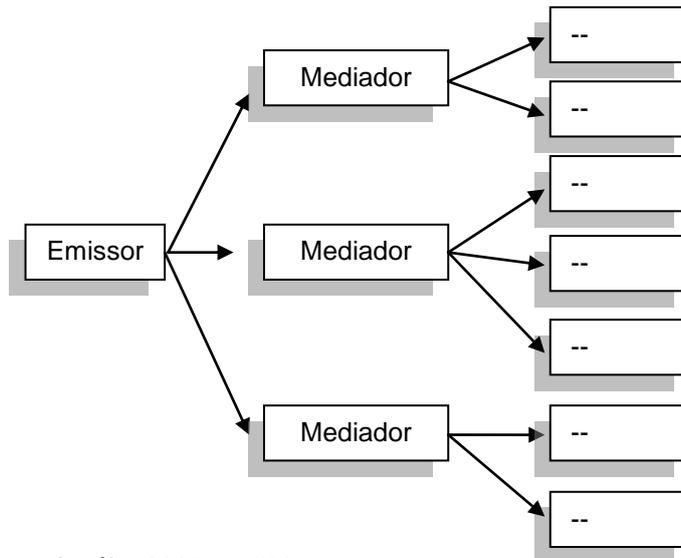
Neste mesmo período, buscando identificar como se produzia a decisão de voto, os pesquisadores americanos Lazarsfeld, Bereson e Gaudet, apontaram a existência de “líderes de opinião”, que eram mediadores entre a fonte de comunicação e seus destinatários. Já Lazarsfeld e Elihu Katz, apoiados nesta idéia, desenvolveram a teoria de “comunicação em duas etapas”, e nesta, os mediadores

¹⁹ Beltrán, 2011, p. 18.

²⁰ Araújo, 2000 apud Araújo, 2004, p. 166.

tem por objetivo traduzir o saber técnico-científico para uma linguagem mais popular, facilitando o processo de comunicação e a transmissão do conhecimento. De acordo com Araújo (11), este modelo trazia como novidade o reconhecimento de que as pessoas pertencem a grupos sociais e que estes possuem dinâmicas próprias de funcionamento.

Figura 3 - Representação simplificada da comunicação em duas etapas



Fonte: Araújo, 2007, p. 111.

Beltrán (45) relata que os questionamentos iniciais das concepções clássicas surgiram no início da década de 1960, sendo delas derivados novos conceitos, que acabariam por separar os conceitos de informação e de comunicação. Conforme apresenta o autor, o comunicólogo e linguista David K. Berlo²¹ afirmou que não poderia entender-se a comunicação como a transmissão mecânica de informação, uma vez que não seria possível preencher de idéias as cabeças das pessoas como se fossem espaços vazios e que os significados não estavam nos símbolos e sim nas pessoas. Além disto, a comunicação não poderia ser vista como um ato isolado e unilateral, mas sim como um processo dinâmico de interação entre seres humanos.

Neste período, no Brasil, o modelo de comunicação vigente no país, voltado para o desenvolvimento, era questionado, pois representava o que não se desejava mais, uma vez que era um modelo importado, sem refletir a história e contextos do país, além de não possibilitar a utilização do saber crítico, conforme apontado por

²¹1960, 1963 apud Beltrán, 2011.

Araújo (11). Neste contexto, surgiram novas propostas metodológicas, entre elas a proposta dialógica de Paulo Freire, que apresentava que a população também possuía conhecimentos relevantes ao seu próprio conhecimento. A isto, Beltrán (44) acrescenta que Freire iniciou uma revolução na forma de conceber a educação, criticando o modelo de educação tradicional utilizado e o definindo como “bancário”, em que os educadores monopolizavam a informação e depositavam o conhecimento que lhes era interessante e importante transmitir para as massas desprovidas de informação. Esta educação buscava a “domesticação” das massas para atender os interesses de uma elite. Para o pedagogo era necessário o desenvolvimento de uma educação que libertasse as pessoas, estimulando-os a questionar a sociedade e a lutar para torná-la mais justa. Assim, ao desconhecerem a estrutura de poder que os aprisionavam, era preciso estimulá-los a compreender esta realidade, por meio da “reflexão-ação”, levando a uma educação emancipadora, com uma relação horizontal entre educador e educando, baseada no diálogo livre, revelador e criativo.

Além do impacto desta nova concepção entre os educadores latino americanos, também inspirou os comunicadores comprometidos com a justiça social a repensarem o seu trabalho. Conforme nos apresenta Lima (46), em seu ensaio “Extensão ou Comunicação?” (47), Freire é reconhecido por diversos autores do campo da comunicação, por suas contribuições na construção de novas perspectivas teóricas e, ao citar Denise Cogo:

Por outro lado, descreve a presença de Freire em três áreas: os estudos e a prática da comunicação rural; da comunicação alternativa e/ou popular; e dos estudos culturais, nas vertentes de pesquisa sobre receptor ativo e a leitura crítica da mídia.²²

E ainda apresenta, ao tratar deste ensaio de Freire:

Extensão ou Comunicação? Constitui uma crítica radical da tradição “difusionista” seguida pelos estudos de comunicação norte-americanos, que na época tinham grande penetração na América Latina, submetidos à rubrica geral de “comunicação e desenvolvimento”. Freire argumenta que extensão implica em transmissão, transferência, invasão e não comunicação, compreendida como “co-participação de Sujeitos no ato de conhecer”.²³

²²Cogo, 1999, p. 19 apud Lima, 2011.

²³Lima, 2011, p. 82.

No início da década de 1970, iniciou-se o processo de questionamento das teorias de comunicação, criticando-se a excessiva concentração de sua investigação no receptor ou destinatário para ser possível o processo de persuasão, sem se prestar atenção a sua fonte. Neste contexto, conforme relata Beltrán (45), outros pesquisadores como Armand Mattelart (1970)²⁴, focam sua investigação na análise dos efeitos e as funções da comunicação.

Já em 1973, Frank Gerace, realizou a primeira tentativa de adaptar o pensamento freiriano à comunicação no livro “Comunicação Horizontal”²⁵, em que criticava o modelo vertical de comunicação, buscando substituí-lo por outro que fosse horizontal, mais equitativo e democrático. Segundo Beltrán (45), nesta década, diversos outros autores latino americanos, europeus e americanos contribuíram para o debate da comunicação, surgindo proposições à teoria da comunicação conhecidas popularmente como “comunicação dialógica”, “comunicação participativa”, “comunicação grupal”, “comunicação popular” e “comunicação alternativa”.

Além destes, outros modelos de comunicação foram surgindo. Em 1976, o “modelo de intercâmbio em comunicação humana”, de Stanley Harms e Jim Richstad, apresentando três conceitos: direitos, recursos e necessidades; em 1977, Fernando Rayes propôs o “modelo de comunicação com participação social ativa”

Conjugando sistematicamente os elementos básicos desses modelos, em 1980, destacando o fator diálogo e incluindo o elemento de propósitos, se formulou o “modelo de comunicação horizontal”. Este modelo é definido por Beltrán (45) como:

A comunicação é o processo democrático de interação social, baseado na troca de símbolos, pelo qual os seres humanos voluntariamente trocam experiências em condições de livre e igualitário acesso, diálogo e participação. Todos possuem o direito de se comunicar para satisfazer as necessidades de comunicação para o desfrute dos recursos de comunicação. Os seres humanos se comunicam com múltiplos propósitos. O principal não é exercer influência sobre o comportamento dos outros.²⁶
(tradução nossa)

Estas teorias e modelos de comunicação, ainda continuam sendo discutidos e novas propostas tem sido realizadas e apresentadas, principalmente para o

²⁴ apud Beltrán, 2011.

²⁵ Gerace, 1973 apud Beltrán, 2011.

²⁶ Beltrán, 2011, p. 22.

atendimento de outras áreas de interesse, como educação, saúde, entre tantas outras. Neste sentido, uma das áreas, que inicialmente era analisada em conjunto com a comunicação, acabou trilhando um outro caminho, constituindo-se como uma ciência independente, porém com inúmeras e importantes relações com a comunicação: a informação. Assim como na comunicação, a ciência da informação também acrescentou diversas teorias e modelos a este debate.

Entre as diversas propostas sobre os modelos e teorias da ciência da informação, Mendonça (49, 50, 51) apresenta o modelo para o processo de comunicação Todos-Todos, que sugere uma adaptação de modelos inspirado nas propostas desenvolvidas pelos teóricos de comunicação, complementado pelo processo comunicacional desenvolvido no âmbito do uso mediado ou não por tecnologias de informação e comunicação. Este processo, como apresentado pela autora, é um inerente ao Conhecimento Todos-Todos²⁷, que traz em seu núcleo o processo comunicacional.

Assim, constitui-se em um processo de comunicação, com entradas e saídas sempre abertas aos contextos de cada participante do processo, bem como as influências exercidas pelos emissores e receptores, que atuam como filtros naturais do processo de elaboração das mensagens, mas que também sofrem interferências e ruídos. Este processo é destinado aos usuários, compreendidos entre indivíduos, famílias e comunidades, inseridos ou não em sistemas complexos de inclusão.

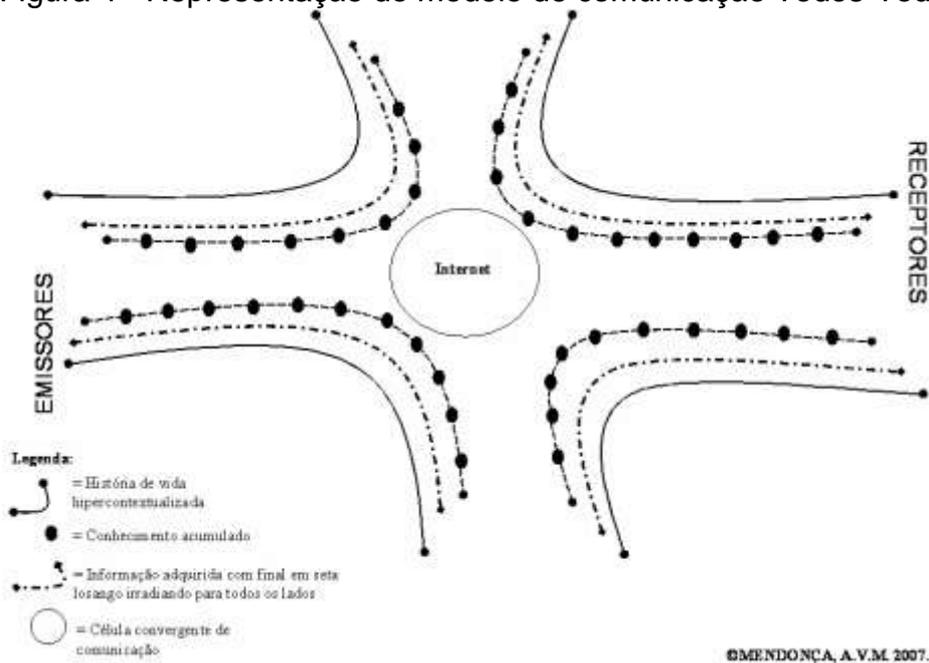
Neste processo, emissores e receptores exercem ambas as funções durante o processo de comunicação, são possuidores de informações a serem mediadas por diversos fatores, que por meio de práticas de alfabetização em informação e comunicação vão adquirindo o conhecimento necessário para torná-los aptos à produção de conteúdo que mediarão com os demais integrantes de suas redes sociais, os indivíduos, as famílias e a comunidade. Desta forma, possibilita aos integrantes deste processo de comunicação tornarem-se agentes informantes e comunicadores simultaneamente.

Em síntese, conforme apresentado pela autora:

²⁷ O conhecimento Todos-Todos apresenta que as novas tecnologias da informação são consideradas em função da comunicação bidirecional entre grupos e indivíduos, diferenciando-se da difusão centralizada da informação missiva, que desobedece à hierarquia da árvore um-todos.

O processo de comunicação todos-todos apresenta alternativas de construção colaborativa do conhecimento, formulação de conteúdos por meio de mídias convergentes distribuídas via internet, formulação de redes sociais de compartilhamento e progressiva inclusão de infinitos atores que dialogam com o universo do ciberespaço em linguagem formal e informal, interativa, hipertextualizada, hipermidiatizada, auxiliando no ensino-aprendizagem e na alfabetização em informação e comunicação em razão de objetivos que viabilizem a aplicabilidade de projetos sociais.²⁸

Figura 4 - Representação do modelo de comunicação Todos-Todos



Fonte: Mendonça, 2008, p.72.

Este modelo, por sua vez, insere-se no contexto da comunicação em saúde a partir do momento em que possibilita a observação processual dos seus participantes, de maneira autônoma, livre e consciente de suas histórias de vida, seus contextos sociais, bem como suas expectativas inerentes ao processo saúde-doença-cuidado. Por exemplo, ao se dirigir a uma Unidade Básica de Saúde, o indivíduo leva consigo informações adquiridas ao longo de sua trajetória, influenciada ou não por suas relações familiares, profissionais ou culturais; hábitos; crenças, valores; interferências positivas ou negativas na comunicação entre ele e o profissional de saúde. Os diálogos se estabelecem entre os sujeitos no modelo de comunicação Todos-Todos e se interrelacionam a partir da confiança e da importância dos sentidos das informações repassadas entre ambos ou entre

²⁸ Mendonça, 2008, p. 72.

múltiplos sujeitos, bem como o estabelecimento dos fluxos informacionais a serem construídos no acompanhamento desse indivíduo, família ou comunidade pelo profissional ou profissionais de saúde, representam a expectativa de uma comunicação saudável, logo, promotora da saúde.

3.2 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE: A APROXIMAÇÃO DE DOIS CAMPOS

Um dos primeiros indícios da construção de uma definição para Comunicação e Saúde, segundo Beltrán (52), ocorre entre 1820 e 1840, com os médicos Willian Alison e Louis René Villermé ao estabelecerem as relações causais entre a pobreza e a doença. Eles consideravam que as precárias condições de vida e de trabalho eram responsáveis pelo adoecimento e pela baixa expectativa de vida dos trabalhadores. Conforme apresenta o Sanches (53), ao citar Beltrán²⁹, na visão destes médicos está implícito o conceito de comunicação e saúde, uma vez que privilegiavam a comunicação como promoção da Saúde. Ainda citando Beltrán, a autora apresenta outro fato importante que contribuiu na construção do conceito de comunicação e saúde:

... Rudolf Virchow, que atribuiu a epidemia de febre tifóide de 1847, à pobreza e à falta de acesso às informações para a adoção de hábitos saudáveis a que era relegada a maioria da população. Para ele, as condições socioeconômicas têm impacto direto sobre a saúde e seus efeitos devem merecer tratamento científico. Além disto, considerava ainda que medidas médicas e sociais devem ser adotadas para promover a saúde e prevenir doenças. Esse é um posicionamento inovador para a época.³⁰

A afirmação deste médico serviu de base para um movimento de reforma da medicina, que iniciou na Alemanha em 1848, proclamando que a saúde do povo é responsabilidade de todos e não somente dos médicos e, desta forma, era responsabilidade do Estado assegurá-la.

De acordo com Araújo e Cardoso (42) várias linhas de estudos conjugam elementos dos campos da comunicação e da saúde, mas a vertente que faz esta articulação mais diretamente e onde ocorre a maior parte dos estudos é a da “comunicação e políticas públicas”³¹. Estas tratam da comunicação nos processos

²⁹Beltrán, 2000 apud Sanches, 2005.

³⁰ Sanches, 2005.

³¹ As autoras partem da premissa de que as políticas públicas somente se constituem efetivamente, quando saem do papel, circulam, ganhando existência, e são apropriadas pela população, convertidas em saberes e práticas.

de elaboração, implantação e gestão das políticas públicas nas áreas que necessitam de uma atuação, como no caso da saúde.

Neste contexto, as autoras apresentam que esta relação pode ser verificada no Brasil, a partir de 1920, com a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), que incluía entre suas ações a propaganda e a educação sanitária, como estratégia para resolver problemas de saúde, como no combate de epidemias e adoção de medidas de higiene. Neste período, na saúde ocorria a possibilidade de identificação de agentes causadores de determinadas doenças com os avanços científicos da bacteriologia, parasitologia e microbiologia. Araújo (11) ainda observa que este modelo tinha a influência da teoria da “agulha hipodérmica”, pois o foco da saúde passou a ser o indivíduo, considerado o principal responsável pelas doenças, sendo fortalecido o caráter educativo, uma vez que estes indivíduos precisavam corrigir seus hábitos, considerados perigosos para a saúde. Assim, a educação e comunicação passaram a ser consideradas como garantia de sucesso das políticas públicas de saúde

Ainda de acordo com as autoras (42, 11), o papel da educação e da comunicação no Brasil foram consolidados na década de 1940, com a criação Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), criado por Getúlio Vargas, com o objetivo de disseminar informações sobre as doenças, suas causas e prevenção, desta forma, se produziram materiais educativos e metodologias, que foram utilizados por uma rede de organizações e serviços, além de veiculação nos meios de comunicação. Neste período também foi criado, em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp)³², que foi produtor e veículo de disseminação de materiais educativos e informativos, principalmente impressos. Neste período o modelo de comunicação utilizado na saúde era o modelo de Sannon e Weaver, e conforme apresenta Araújo (11):

Este modelo levou e ainda leva legiões de educadores e comunicadores em saúde a tentarem produzir seus textos com palavras e imagens – os códigos – que sejam reconhecidos e decodificados adequadamente pelos receptores. Transformam assim a prática comunicativa em saúde em um

³² Criado em convênio com o governo norte-americano e financiado pela Fundação Rockefeller, foi absorvido pela Fundação Nacional de Saúde em 1991.

*mero processo de repasse de informações a uma população que em tese nada saberia sobre o assunto abordado e sobre o que lhe convém.*³³

Internacionalmente, a Segunda Guerra Mundial produziu como conseqüência, a perspectiva desenvolvimentista da comunicação, que ganhou hegemonia e potencializou muito os modelos de saúde da época. As idéias dominantes sobre a relação subdesenvolvimento e falta de informação e a relação direta de causa e conseqüência entre comunicação e o progresso dos países, era perfeita para os modelos de saúde, que se preocupava em eliminar os hábitos prejudiciais à saúde pela educação. Desta forma, a responsabilidade em resolver os problemas era dos indivíduos, enquanto às instituições públicas cabia informar, educar e comunicar. Conforme apresenta a autora (11):

*No campo da saúde, a perspectiva da 'comunicação e desenvolvimento' conquistou hegemonia e passou a orientar as análises, os planejamentos e as ações referentes à implantação de políticas públicas, tanto mais quanto correspondia à orientação desenvolvimentista dos governos da época.*³⁴

Ainda neste período, outra teoria que influenciou fortemente as práticas educativas e de comunicação na saúde, principalmente a partir dos anos 70 foi o desenvolvimento da teoria de comunicação em duas etapas, de Lazarsfeld e Katz. Esta teoria apontou a existência de líderes de opinião, que serviam como mediadores, que também eram chamados de monitores, multiplicadores, entre outros. De acordo com Araújo (11), o mediador é um elo a mais na rede de comunicação que permeia e move as ações de saúde, ele imprime seus próprios sentidos ao conteúdo que deve repassar. Neste sentido, o Agente Comunitário de Saúde (ACS), segundo este modelo, é um mediador, uma vez que representa um dos elos da rede de comunicação sobre a saúde, um elo qualificado, pois está preparado para o trabalho a ser desenvolvido.

As propostas apresentadas por Freire na década de 60, segundo a autora (11), apesar de seu discurso ter sido bastante disseminado na época, na prática não conseguiu se sobrepôr ao modo desenvolvimentista de pensar e fazer comunicação. Porém, seus pensamento e propostas foram utilizados na área de educação em saúde anos mais tarde, principalmente na Educação Popular em Saúde. Conforme nos apresenta Ceccim (54), ao apresentar o texto de Paulo Freire, reflete seus

³³ Araújo, 2007, p. 105.

³⁴ Araújo, 2007, p. 107.

ensinamentos sobre a responsabilidade dos profissionais do SUS na construção da autonomia dos usuários da saúde:

Paulo Freire entendia que os trabalhadores e trabalhadoras de saúde deveriam ser desafiados a contribuir ativamente com os usuários de suas ações e serviços na luta pelo direito à saúde.³⁵

Na década de 1970, conforme relata Natansohn (55), passa-se a utilizar o conceito de população alvo e tanto na comunicação, como na oferta de serviços de saúde, inicia-se a utilização da fragmentação da população. Neste período há a preocupação com a adequação da linguagem, de acordo com o público-alvo a que se destina, para tentar garantir-se maior eficácia nos processos educativos e comunicativos.

Neste período, com o debate internacional sobre promoção da saúde e a realização das diversas conferências sobre este tema, iniciada em Alma-Ata em 1978, passa-se a discutir a importância decisiva da comunicação para a sua execução, conforme relata Beltrán (52), que iniciou a partir da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa (1986). A partir de Alma-Ata, alguns países começaram implementar a Promoção da Saúde como política de Estado, conforme relata Sanches (53):

Em 1979, os Estados Unidos adotaram a prevenção como principal forma de manutenção da saúde da população, reforçando a convicção de que a Comunicação se constitui como ferramenta de divulgação indispensável para alcançar os objetivos de programas de ação governamental em Saúde.³⁶

Coe (16), destaca o papel da Organização Pan-Americana de Saúde na Promoção da Saúde (OPAS), por meio de seus programas de comunicação, apresentando alguns aspectos importantes da relação da comunicação e da saúde ao longo dos anos. Segundo a autora, a Carta de Ottawa (15), em 1986, além de definir o conceito de Promoção da Saúde, enfocando o processo de capacitação das pessoas para atuarem no controle de sua saúde, estabelece os meios de comunicação como atores-chaves para a promoção da saúde. A 23ª Conferência Pan-Americana Sanitária (1990) enfatizou a importância da comunicação social como elemento fundamental para a formação básica das pessoas, famílias e

³⁵ Ceccim, 2007, p. 44.

³⁶ Sanches, 2005.

comunidades. Posteriormente, estipulou-se, nas orientações estratégicas e programáticas de 1995-1998, que o uso da informação, enquanto instrumento de troca, deve ser uma esfera de trabalho importante e a sua transmissão a indivíduos e grupos, por meio da comunicação social, possibilitaria criar o conhecimento que servirá de base para se alcançar a mudança de atitudes e práticas na população. Ainda acrescenta que a informação deve se destinar a determinados grupos das comunidades, objetivando influenciar sobre as políticas ou estimular a adoção de políticas públicas orientadas para a saúde, na qual se insere como elemento chave da Promoção da Saúde.

Outro aspecto importante, apresentado no capítulo anterior, foi o desenvolvimento do projeto Informação, Educação e Comunicação (IEC), no Brasil, de 1986 a 1997, pelo Ministério da Saúde, dentro do Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste (Projeto Nordeste) (28). Neste projeto foram desenvolvidas e financiadas atividades nas áreas de informação, educação e comunicação, projetadas para educar e informar o público e populações específicas, como mulheres e adolescentes, para políticas, programas e atividades de saúde, além de buscar estimular a comunicação de massa e a preparação de materiais educativos para agentes de saúde e as populações-alvo do programa. Neste processo, foram criadas equipes locais para o diagnóstico, avaliação e implementação de ações de IEC nos estados participantes, sob a supervisão da equipe do Ministério da Saúde, assim, foram realizados treinamentos de comunicadores populares, técnicos de saúde e conselheiros municipais de saúde, além da criação de projetos para o desenvolvimento de estratégias de mídia e para implementação do instrumento metodológico utilizado.³⁷

Porém, com apresenta Beltràn (45):

Se fala de Informação, educação e comunicação para a saúde, condensados na sigla IEC. Porém não estão disponíveis um conjunto de dados precisos e válidos universalmente para cada um destes casos e assim se tende a usar-los indistintamente.

³⁷ O instrumento metodológico utilizado, Conhecimento-DACO, consistia na proposta de Educação para a participação, em que a educação é entendida como processo que privilegia a relação dialógica entre os saberes popular (empírico) e o teórico (científico). Era fundamentada na ação-reflexão-ação, possibilitando a participação e a organização das comunidades.

Em 1993, o 39^a Conselho Diretivo aprovou uma resolução na qual solicitava aos governos dos países que incluíssem as campanhas de comunicação social e de educação, para promover a responsabilidade da população, como instrumento nos programas de saúde. A Declaração de Jacarta (21) reafirma esta resolução em 1997, ao indicar que o acesso aos meios de informação e às tecnologias de comunicação são importantes para adiantar a promoção saúde.

No Brasil, de acordo com Cardoso (12), ainda prevalece na saúde a idéia de que a comunicação é apenas o ato de transmitir a informação de um pólo emissor a um pólo receptor e a preocupação maior ainda encontra-se na adequação da linguagem e na escolha dos veículos que serão utilizados para que a comunicação obtenha sucesso. Neste sentido, a comunicação acaba sendo vista como um instrumento que leva a mensagem pronta e acabada, não apresentando preocupação com os contextos em que a comunicação e os seus processos acontecem, sem levar em consideração as desigualdades, diferentes realidades existentes e os interesses sociais, acabam por considerar como falta de informação ou ruído de comunicação, qualquer discordância, resistência ou dificuldade, além de priorizar os interesses e objetivos daqueles que tem o poder de fala e o controle do processo.

Atualmente, conforme apresenta Araújo (11), o modelo desenvolvimentista ainda permanece nas práticas de comunicação e de saúde, em que os seus trabalhadores o reproduzem sem perceber e, no âmbito das políticas de comunicação na saúde, é o modelo utilizado, com a concentração de recursos nas campanhas que buscam persuadir a população na adoção de comportamentos saudáveis e corretos no combate as doenças. Mas o debate sobre o tema tem ocorrido, seja no âmbito das conferências de saúde, que tem pautado o acesso à informação e à comunicação como indicador de democratização, seja por meio da aproximação com as instituições acadêmicas que, segundo Natansohn (55), tem realizado um esforço no sentido de construir elos teórico-metodológicas que permitam a articulação destes dois campos, comunicação e saúde.

3.3 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE

Os mais variados tipos de instituições, conforme apresentado por Schiavo (56), tem utilizado com sucesso intervenções em comunicação em saúde para o progresso público, corporativo ou de produtos relacionados à saúde, e um dos principais objetivos da comunicação em saúde é o de influenciar as pessoais e comunidades.

Conforme apresenta a autora (56):

Tal como acontece com outras formas de comunicação, a comunicação em saúde deve ser baseada em uma troca bidirecional de informações que utiliza um "sistema comum de sinais e comportamentos." Ela deve ser acessível e criar "sentimentos mútuos de compreensão e solidariedade" entre os membros da equipe de comunicação e público-alvo (todas as audiências que o programa de comunicação de saúde tenta influenciar e fazer participar do processo de comunicação, também conhecido como público-alvo). Finalmente, os canais de comunicação (o meio ou o caminho utilizado para atingir o público-alvo com mensagens e materiais de comunicação em saúde, como a mídia de massa) e as mensagens são as "portas de ligação" que permitem intervenções de comunicação em saúde para atingir o público pretendido.³⁸(tradução nossa)

De acordo do Araújo (11), a comunicação em saúde não pode ser utilizada da mesma forma que é utilizada em uma empresa comercial, uma vez que não tem fins lucrativos e não está lidando com clientes, mas sim com cidadãos que devem ter seus direitos respeitados e garantidos, assim, deve ter uma forte dimensão de educação. Conforme apresenta a autora:

... na saúde, as estratégias de comunicação devem ter o objetivo de estabelecer um debate público sobre um tema e de oferecer às pessoas informações suficientes para que possam tomar suas decisões e ampliar sua participação nas políticas públicas de saúde.³⁹

Segundo Mosquera (18) as tendências epidemiológicas com o ressurgimento de doenças pré-existentes, o aumento de doenças crônicas e o aparecimento de novas doenças, entre outros fatos, juntamente com o crescimento das propostas de promoção da saúde, fez com que crescesse a importância da comunicação na prática da saúde coletiva mundial. Desta forma, ampliou-se também o estudo desta prática que uniu os campos da comunicação e da saúde, criando uma nova área de

³⁸Schiavo, 2007, p. 4-5.

³⁹ Araújo, 2007, p. 113.

investigação, a comunicação da saúde, para, assim, qualificar a prática de saúde e sua promoção. Neste sentido, conforme relata o autor:

Vários estudos têm mostrado que a comunicação em todos os níveis - comunitária, de massa e interpessoal - desempenha um papel importante na disseminação do conhecimento, na modificação ou reforço de comportamentos, valores e normas sociais no sentido de incentivar processos de mudança social que contribuem para a melhoria da qualidade de vida.⁴⁰ (tradução nossa)

Neste sentido, diversos autores e instituições, dos mais diferentes campos de atuação, têm se empenhado na busca de uma definição para o conceito de comunicação em saúde. Porém isto não é tarefa fácil, devido as várias utilizações que podem ser dadas para a comunicação, ao ser utilizada no campo da saúde. Assim, podem ser avaliadas dentro de um programa de saúde ou de um planejamento de uma instituição, em que constitua apenas mais um de seus componentes, ou empregada como um programa específico de comunicação com um objetivo específico. Assim, diversos autores as classificam, agrupando-as das mais diversas formas, podendo considerar o tipo de ambiente ou abrangência/alcance que ela terá, o público a que se destina, seu objetivo ou finalidade, ou considerando outros aspectos que podem ser considerados neste processo de classificá-la. Desta forma, independente das categorias que os diversos autores as classificam, serão apresentadas a seguir algumas delas, para se poder entender a amplitude da utilização da comunicação no âmbito da saúde.

3.3.1 Categorias possíveis

Para Corcoran (43), a comunicação em saúde pode acontecer em vários níveis, seja no individual, no grupal, no organizacional, no comunitário ou de massa e pode ser definida quase de forma semelhante ao conceito de comunicação social, como um modelo transacional, mas a diferença entre estes conceitos é que na comunicação em saúde o foco é centrado nas informações de saúde.

A autora acrescenta que os métodos da comunicação podem ser divididos em cinco categorias, conforme apresentado no quadro abaixo, que além das categorias, apresenta exemplos dos tipos de métodos de comunicação que podem ser incluídos nelas.

⁴⁰Mosquera, 2003, p. 1.

Quadro 1 - Comunicação em cinco categorias

Categoria de Comunicação	Exemplo de meio de comunicação
Intrapessoal	Comunicação interna (por exemplo, o que pensamos, quando ouvimos uma voz interior).
Interpessoal	De uma pessoa para outra, pequenos grupos, <i>e-mails</i> , telefonemas e outras atividades que permitem ouvir e responder as pessoas.
Organizacional	Conferências, oficinas, debates, encontros, memorandos, intranet, boletins, seminários, quadros.
Comunitária	Rádio local, conversas, seminários, debates, jornais locais, <i>outdoors</i> , anúncios em transporte coletivo, feiras de saúde.
Pública/de massa	Jornais, televisão, televisão digital, rádio nacional, internet, CD-ROM, telefones celulares.

Fonte: Corcoran, 2010, p. 4.

Já segundo Coe (16), a comunicação para a saúde inclui várias áreas programáticas. A autora considera, nesta divisão, duas das categorias apresentadas por Corcoran, a “comunicação organizacional” e “pública/de massa”, mas utiliza para esta última o nome “comunicação social” para identificá-la. Além destas, apresenta cinco outras e faz uma descrição para cada uma destas áreas programáticas:

Assim, para a autora, a “Comunicação organizacional” se caracteriza por procedimentos de comunicação que acontecem no interior de uma organização com o objetivo de assegurar que todo o seu planejamento ou plano de ação (missão, metas, objetivos, prioridades programáticas e estratégias), sejam entendidos e promovidos por todos os integrantes de uma instituição e transmitidos, tanto interna quanto externamente. Já a “Comunicação Social” ou “Comunicação Pública/de massa”, conforme denomina Corcoran (43), surgiram principalmente na América Latina no final da década de 1970, em resposta à centralização dos meios de comunicação comerciais, buscando promover a participação da comunidade e oferecer uma programação cultural e educativa, visando melhorar a estrutura da sociedade.

Além destas, acrescenta outras, como a “Educação para mídia”, também conhecida como “educação sobre os meios de comunicação”, que consiste no processo de ensinar crianças e adolescentes atitudes críticas em relação aos meios de comunicação, enquanto os “Periódicos especializados em saúde” têm como

objetivo a apresentação de informação técnica sobre saúde aos meios de comunicação, impressos ou eletrônicos.

Outra categoria apresentada pela autora, a “Comunicação sobre riscos” é apresentada como o processo de intercâmbio de informações e opiniões entre indivíduos, grupos e instituições, e se baseiam nas teorias do comportamento, particularmente as que se relacionam com a forma em que as pessoas agem e elegem opções frente a situações que criam *stress* ou apresentem perigo à saúde, ou outras situações de risco, relatando que elas tendem a tomar uma atitude otimista nestas situações e acreditam que algumas pessoas apresentam estar em situação de maior perigo do que outras.

Já o Eduentretenimento parte da premissa básica de que o entretenimento-educação é a busca em levar a informação em saúde por meio do entretenimento do público, de forma mais atrativa, fácil de entender e capaz de influenciar a população. Tem origem na América Latina, e foi utilizada principalmente nas telenovelas peruanas e mexicanas, buscando promover assuntos que possam auxiliar no desenvolvimento social, como por exemplo, a alfabetização de adultos.

Além destes a autora considera o “Mercado social”, também conhecido como “Marketing Social”, que é a aplicação de práticas de mercado às atividades sociais e sem fins lucrativos. Utiliza os componentes de Marketing (produto, preço, lugar e promoção), buscando a utilização de diversos canais, utilizados de forma planejada, para persuadir o público. Neste sentido, pode aplicar as teorias de comportamento e de investigação do público, porém, segundo a autora, sem utilizar a estratégia de comunicação interpessoal. Esta categoria, assim como outras, que serão apresentadas a seguir, é considerada pelo relatório de pesquisa do Ministério da Saúde (57), como um instrumento de intervenção em saúde baseada na comunicação para a mudança de comportamento que, ao citar Andreasen⁴¹, defende que suas ações devem ser orientadas para o indivíduo, na tentativa de satisfazer suas necessidades, sendo o seu objetivo alterar o seu comportamento. Ainda, segundo apresentado, esta metodologia de intervenção pode gerar transformações sociais, uma vez que seu objetivo final é beneficiar os indivíduos ou a sociedade, e o público a que se destina possui um papel importante neste

⁴¹Andreasen, 1995 apud Brasil, 2008.

processo. Assim, trabalham na perspectiva estratégica, utilizando o planejamento estratégico e as técnicas de educação, propaganda e *advocacy* midiática, entre outros, para obter o sucesso desejado. De acordo com o autor (57):

*O objetivo do marketing social é a adoção de comportamentos, idéias e tecnologias sociais pelos indivíduos. Diferentemente dos mercados assistencialista e comercial, os benefícios gerados no mercado social não se restringem ao indivíduo, mas são compartilhados por toda a sociedade. Atuam no mercado social o governo, as empresas privadas e o terceiro setor.*⁴²

Este mesmo relatório (57) apresenta outros instrumentos de intervenção em saúde baseados em comunicação além do “*Marketing social*”, assim são descritas a “comunicação para o desenvolvimento”, a “comunicação para promoção da saúde”, a “comunicação para mobilização social”, o “*advocacy* midiática”, a “comunicação estratégica na saúde”, a “Difusão da informação”, a “comunicação interpessoal, a “*Communication research*” (líder de opinião) e a “Informação, Educação e Comunicação”, sendo alguns destes já apresentados no capítulo anterior.

Entre estes instrumentos de intervenção está o conceito de “comunicação para o desenvolvimento”, que se baseia na construção de um modelo de comportamento saudável transposto e imposto de um país desenvolvido para um país subdesenvolvido, com o objetivo de mudar o comportamento da população do país alvo da intervenção, pela adoção de modelos comportamentais de estilos de vida saudáveis. Neste enfoque, o ideia de saúde seria alcançado pela divulgação da informação nos canais corretos e com a mensagem adequada a determinado público. Este conceito está baseado nas teorias de “difusão da inovação” e refere-se à comunicação de um tema novo, para mudança de comportamento de determinado público, por canais específicos em certo período de tempo. Neste contexto a inovação significa ideias e práticas percebidas como novas e disponíveis para adoção por um determinado grupo social. Estes estudos iniciaram na década de 1940 e estabeleceram estágios diferentes nos indivíduos em relação a adoção de um novo comportamento ou inovação e a importância do líder de opinião neste processo.

A influência desta teoria está presente nos estudos de “*communication research*”, que apresentam um líder de opinião como o possuidor de maior

⁴² Brasil, 2008, p. 59.

conhecimento e envolvimento em determinado tema de interesse, servindo como mediador entre a população e a mensagem divulgada. Neste processo, o fluxo de comunicação acontece em dois níveis, dos meios de comunicação para os líderes de opinião e deste para a comunidade.

A partir da década de 1970, verificou-se que os programas de saúde verticalizados não eram efetivos e com a participação comunitária em tais intervenções eles poderiam ser mais e melhor aceitos. Isto começou a ocorrer internacionalmente a partir da Declaração de Alma-Ata, em 1978, apontando o envolvimento da população como base para a promoção da saúde. Assim surgiram ações de “comunicação para mobilização social”, que baseia-se na ideia de mobilizar os indivíduos para criação de novos sentidos que estão presentes em determinada sociedade e que para se alcançar este objetivo tornava-se necessária a utilização de estratégias de comunicação. Este modelo de comunicação necessita de planejamento, que deve ter por base um diagnóstico para poder contribuir para solucionar ou impactar no problema, além de identificar objetivos e metas a serem alcançadas por meio de ações estratégicas de comunicação. Desta forma, a mobilização social deve partir da realidade e da problematização das estruturas sociais, buscando definir ações que contribuam para a transformação das relações para construir uma nova realidade.

Esta participação comunitária também pode ser justificada pela ausência de recursos para o desenvolvimento de programas verticalizados de intervenção na saúde, e nesta participação a comunidade passa a assumir um papel proativo na promoção da saúde e no desenvolvimento de atividades de prevenção.

Por sua vez, a “*Advocacy* midiática” é outra abordagem da comunicação na promoção da saúde que busca gerar regulamentações e políticas públicas que previnem ações e eventos que resultem em problemas de saúde pública, em que são utilizados os meios de comunicação para agendar sua causa, convencer os representantes políticos, empresas e cidadãos da importância da mudança proposta. A sua intervenção atua nas causas que geram entraves à promoção da saúde coletiva, em vez de investir em intervenções de mudança de comportamento individual.

3.3.2 Definições para Comunicação em Saúde

De acordo com Schiavo (56) existem várias definições para conceituar comunicação em saúde. Devido a sua natureza multidisciplinar, diversas destas definições podem parecer ligeiramente diferentes umas das outras, porém ao serem analisadas, muitas delas acabam por destacar o papel que a comunicação pode desempenhar para influenciar e apoiar os indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, gestores, políticos ou outros grupos de interesse, em adotar e sustentar uma prática comportamental ou ainda uma mudança social ou política que acabará por melhorar os resultados de saúde. E acrescenta que para a maior parte das definições desenvolvidas apontam para um papel similar a esta abordagem, ou seja, a defesa e melhoria dos resultados da saúde individual ou coletiva

Em seus estudos sobre o tema comunicação e saúde a autora realizou uma investigação, relatando várias das definições apresentadas por diversos autores e instituições de saúde, para assim poder apresentar o seu entendimento sobre o tema. Desta forma, relacionou diversas definições para comunicação em saúde, de acordo com os objetivos apresentados nestes conceitos.

Desta forma, relata que um dos principais objetivos da comunicação em saúde é influenciar as pessoas e comunidades. Neste sentido, ao citar o *Center for Disease Control and Prevention* (CDC), dos Estados Unidos, apresentou que este define a comunicação em saúde como o estudo e a utilização de estratégias de comunicação com o objetivo de informar e influenciar as decisões das pessoas, individual e coletivamente, para melhorarem a sua saúde. É importante verificar neste conceito, que além de influenciar as pessoas, por meio da informação e de estratégias de comunicação, ressaltam a importância do desenvolvimento de estudos sobre estes processos. Neste mesmo sentido, de influenciar as pessoas, a autora, apresenta o conceito de comunicação em saúde do *Health People 2010* como "a arte e a técnica de informar, influenciar e motivar audiências individuais, institucionais e públicas sobre questões importantes de saúde"⁴³. Já nesta definição, podemos verificar a inclusão da segmentação dos públicos de interesse, que remete à adequação da linguagem, canais e conteúdos para cada um deles, além de um acréscimo importante que é a sua motivação para o tema proposto.

⁴³U.S. Department of Health and Human Services, 2005, p. 11-2 apud Schiavo, 2007, p. 6.

Também destaca outro papel importante da comunicação em saúde, a criação de um ambiente favorável para que a informação possa ser compartilhada, compreendida e debatida pela população a quem se destina o programa, o que requer um conhecimento deste público e suas características e que as mensagens utilizadas devem ser de fácil compreensão para possibilitar “a partilha de significados” ⁴⁴.

Desta forma, em seus estudos sobre comunicação em saúde, a autora reuniu alguns das definições mais utilizadas, classificando-as de acordo com palavras chaves, conforme apresentado no quadro abaixo:

Quadro 2 - Definições de comunicação em Saúde

Palavras-chave	Definições
Para informar e influenciar decisões (individual e comunidade)	<p>"Comunicação em saúde é uma estratégia fundamental para informar o público sobre questões de saúde e para manter na agenda pública importantes questões de saúde" (New South Wales Department of Health, Australia, 2006).</p> <p>"O estudo ou utilização de estratégias de comunicação para informar e influenciar as decisões individuais e comunitárias que melhorem a saúde" (CDC, 2001; U.S. Department of Health and Human Services, 2005).</p> <p>Comunicação em saúde é "um meio para a prevenção de doenças por meio da modificação do comportamento" (Freimuth, Linnan e Potter, 2000, p. 337). "Tem sido definida como o estudo e utilização de métodos para informar e influenciar [grifo do autor ao longo da tabela] as decisões individuais e da comunidade que melhore a saúde" (Freimuth, Linnan e Potter, 2000, p. 338; Freimuth, Cole e Kirby, 2000, p. 475).</p> <p>"Comunicação em saúde é um processo para o desenvolvimento e a difusão de mensagens a públicos específicos, a fim de influenciar os seus conhecimentos, atitudes e crenças em favor de escolhas de comportamentos saudáveis" (Exchange, 2006, Smith e Hornik, 1999).</p> <p>"Comunicação em saúde é o uso de técnicas e tecnologias de comunicação para influenciar (positivamente) os indivíduos, populações e organizações com o propósito de promover condições propícias para a saúde humana e ambiental" (Maibach e Holtgrave, 1995, pp 219-220; Health Communication Unit, 2006). "Isso pode incluir diversas atividades tais como as interações médico-paciente, classes, grupos de auto-ajuda, debates, linhas diretas, campanhas de mídia e eventos" (Health Communication Unit, 2006).</p>

⁴⁴Pearson, 1991 apud Schiavo, 2007, p. 6.

Motivar as pessoas	<p>"A arte e a técnica de informar, influenciar e motivar audiências individuais, institucionais e públicas sobre questões de saúde importantes. Seu escopo inclui a prevenção de doenças, promoção da saúde, política de saúde e negócios, bem como a melhoria da qualidade de vida e saúde dos indivíduos dentro da comunidade" (Ratzan e outros, 1994, p. 361).</p> <p>"comunicação em saúde eficaz é a arte e a técnica de informar, influenciar e motivar os indivíduos, instituições e grandes audiências públicas sobre temas de saúde importantes com base numa sólida análise científica e ética" (TuftsUniversityStudent Services, 2006)</p>
Mudar comportamentos	<p>"Comunicação em saúde, como educação em saúde é uma abordagem que tenta alterar um conjunto de comportamentos em um público-alvo, em grande escala, sobre um problema específico em um período de tempo pré definido" (Clift e Freimuth, 1995, p. 68).</p>
Aumentar o conhecimento e a compreensão sobre questões relacionadas a saúde	<p>"O objetivo da comunicação em saúde é aumentar o conhecimento e a compreensão dos assuntos relacionados à saúde e melhorar o estado de saúde do público-alvo" (Muturi, 2005, p. 78).</p> <p>"A comunicação é um processo de criação de conhecimento como base para o desenvolvimento. Ela coloca ênfase na interação das pessoas" (Agunga, 1997, p. 225).</p>
Dar poder as pessoas (capacitar /habilitar)	<p>"Comunicação dá poder as pessoas, proporcionando-lhes o conhecimento e a compreensão sobre os problemas específicos e intervenções de saúde" (Muturi, 2005, p. 81).</p>
Intercâmbio de informações, diálogo nos dois sentidos	<p>"Um processo de parceria e participação que é baseado em um diálogo de duas vias, onde há um interativo intercâmbio de informações, idéias, técnicas e conhecimentos entre emissores e receptores de informação em pé de igualdade, levando a uma melhor compreensão, o conhecimento compartilhado, uma maior consenso, e identificação de uma ação eficaz possível" (Exchange 2005).</p> <p>"A comunicação em saúde é o desenvolvimento científico, com disseminação estratégica e avaliação crítica de relevância, precisas, exatas, acessíveis e compreensíveis de informações de saúde comunicadas para e do público pretendido para promover a saúde da população" (Bernhardt, 2004, p. 2051).</p>

Fonte: Schiavo, 2007, p. 8-10 (tradução nossa).

Pode se perceber, de acordo com as definições apresentadas no quadro 2, uma maior parte das definições encontram-se na categoria que as classificam como "informar e influenciar as decisões das pessoas, individual e coletivamente, deixando

claro a influência dos modelos de comunicação criados anteriormente e que tinham esta visão, e a sua influência ainda hoje é verificada nas práticas de comunicação em saúde.

Desta forma, baseado nas definições apresentadas no quadro 2, a autora informa que emerge a seguinte definição:

Comunicação em saúde é uma abordagem multifacetada e multidisciplinar, para atingir diferentes públicos e compartilhar informações de saúde com o objetivo de influenciar, envolvendo e apoiando indivíduos, comunidades, profissionais de saúde, grupos especiais, políticos e o público a defender, introduzir, adotar ou manter uma conduta, prática ou política que acabará por melhorar as condições de saúde.⁴⁵

Segundo a autora a comunicação em saúde necessita apresentar as seguintes características:

- a) A Comunicação em saúde deve ser centrada na audiência, uma vez que é um processo de longo prazo que começa e termina com os desejos e necessidades do público. Mas é importante ressaltar que a investigação do público-alvo e seus segmentos, na busca de conhecê-los ao máximo, apesar de ser uma prática comum na comunicação, na comunicação em saúde é necessário envolvê-los no processo, fazendo com que se sintam representados, engajando-os na definição e implementação de suas estratégias e atividades.
- b) Partindo-se da premissa geral que a comunicação em saúde deve ser que a mudança comportamental está condicionada aos contextos sociais e ambientais em que a pessoas vivem e participam, sendo por eles influenciados, deve estar fundamentada em pesquisa. Assim, deve buscar o seu verdadeiro entendimento, e isto inclui conhecer os programas existentes e as lições aprendidas no passado, assim como as políticas, normas sociais, questões essenciais e obstáculos para enfrentar o problema de saúde específico.
- c) Comunicação em saúde é "de natureza transdisciplinar"⁴⁶ e desenhadas por múltiplas disciplinas⁴⁷. Desta forma, ao reconhecer a complexidade em alcançar a mudança comportamental e social, utiliza abordagens que se

⁴⁵Schiavo, 2007, p. 7.

⁴⁶Bernhardt, 2000; Institute of Medicine, 2003 apud Schiavo, 2007.

⁴⁷Bernhardt, 2004; Organização Mundial de Saúde, 2003 apud Schiavo, 2007.

baseiam não em uma única teoria ou modelo, mas sim na aplicação de vários referenciais teóricos e disciplinas, incluindo educação em saúde, *marketing* social e teorias de mudança comportamental e social. Tendo sempre a audiência como centro de cada intervenção, ela usa uma abordagem caso a caso na escolha dos modelos, teorias e estratégias, escolhendo aquelas mais adequadas para sensibilizar e garantir o envolvimento das pessoas nos problemas de saúde e na busca de suas soluções.

- d) Os programas de comunicação em saúde necessitam de uma boa estratégia e um plano de ação, para sua execução e assim planejar suas atividades para responder as necessidades do público-alvo. Estas estratégias devem estar baseadas na investigação, para ter certeza de que seu conteúdo e formato refletem a abordagem escolhida, a fim de garantir uma comunicação efetiva e alcançar os objetivos propostos.
- e) A comunicação é um processo de longo prazo, que busca influenciar as pessoas e seus comportamentos, e requer um compromisso contínuo com o problema de saúde e suas soluções. Na comunicação em saúde, a educação da população de interesse, sobre as questões de saúde é apenas o primeiro passo, devendo utilizar múltiplos canais e abordagens, não se limitando à utilização dos meios de comunicação de massa, mas a todas as ações que possam auxiliar a população na melhoria de sua saúde e qualidade de vida.
- f) Sendo um conceito importado do *marketing* comercial e social, o custo-benefício implica na necessidade de se buscar soluções que permita aos comunicadores alcançar suas metas com uso mínimo de recursos humanos e econômicos. Devem-se também buscar soluções criativas, que minimizem a utilização destes recursos, buscando parcerias para o desenvolvimento do trabalho, garantindo-se assim, alcançar os objetivos propostos.
- g) A criatividade é um atributo importante na comunicação, uma vez que lhes permite considerar várias opções, formatos e canais para atingir o público-alvo, mas deve ser utilizado com foco nas estratégias propostas, para se garantir alcançar os objetivos propostos.

- h) A importância da escolha correta de mensagens e canais para públicos específicos é um fator muito importante, uma vez que, quando adaptados ao público específico que se deseja alcançar, pode garantir a eficácia de todo processo.
- i) Estabelecer e preservar um bom relacionamento com instituições de saúde, governos, formadores de opinião, entre outros públicos de interesse, é fundamental para o sucesso das intervenções de comunicação em saúde, podendo auxiliar na construção de parcerias e coligações bem-sucedidas de longo prazo e, auxiliando em alcançar os objetivos propostos.
- j) As mudanças sociais ocorrem tipicamente como o resultado de uma série de mudanças comportamentais no indivíduo, no grupo ou na comunidade. Apesar do objetivo final da comunicação em saúde tem sido sempre influenciar comportamentos e normas sociais, há uma nova ênfase sobre a importância de estabelecer objetivos comportamentais e sociais no início do projeto de intervenções de comunicação em saúde.

Já Coe (16) apresenta como definição para comunicação em saúde:

*a modificação do comportamento humano e os fatores ambientais relacionados com este comportamento que direta ou indiretamente promovem a saúde, previnem enfermidades ou protegem os indivíduos de danos.*⁴⁸

ou como

*um processo de apresentar e avaliar informação educativa persuasiva, interessante e atrativa que dê por resultados comportamentos individuais e coletivos sadios*⁴⁹

De acordo com a autora, a informação e a comunicação em saúde são fundamentais para adoção de estilos de vida saudáveis, seja de forma individual ou coletiva, e acrescenta que programas de comunicação para a saúde tem demonstrado grande eficácia em alguns projetos de combate a alguns problemas de saúde em populações de risco, ao relatar o trabalho desenvolvido pela OPAS no campo da comunicação. Neste sentido, apresenta que os programas de comunicação devem ter como elementos chave para o seu êxito, a persuasão, a

⁴⁸ Coe, 1998, p. 2.

⁴⁹ Coe, 1998, p. 2.

investigação e a segmentação do público a que se destina e um processo sistemático de desenvolvimento de programas.

Neste sentido, relata que desde a década de 70, muitas disciplinas têm buscado entender o que motiva o comportamento humano, sendo as teorias mais utilizadas para esta explicação aquelas relacionadas com os modelos de etapas de mudança de comportamento e as teorias da persuasão.⁵⁰

Já para Beltrán (45), um conceito de comunicação para a saúde, em um sentido geral, consiste na aplicação, planejada e sistemática, de instrumentos de comunicação social para que a população desenvolva comportamentos compatíveis com a sua necessidade de bem-estar e com a finalidade dos serviços prestados expressos em políticas, estratégias e planos de saúde pública. Assim, de acordo com o autor, a comunicação para a saúde pode ser vista como processo social:

Vista como processo social, a comunicação para a saúde é um mecanismo de intervenção institucional para exercer, em escala massiva, influência sócio-cultural que proporcione conhecimentos, propicie atitudes e provoque práticas favoráveis ao cuidado da saúde pública.⁵¹ (tradução do nossa)

Ou ainda como um exercício profissional:

Vista como exercício profissional, a comunicação para a saúde é o emprego sistemático dos meios de comunicação – individuais, de grupo, massivos e mistos, tanto tradicionais como modernos – como ferramentas de apoio ao fomento de comportamentos coletivos funcionais para a conquista dos objetivos dos serviços de saúde pública.⁵² (tradução nossa)

O autor ainda acrescenta que a comunicação para saúde é um exercício constante comprometido com a mudança de conduta dos comportamentos das pessoas para melhoria de sua qualidade de vida, tendo exercido um papel importante em ações relacionadas à saúde da criança e à saúde sexual e reprodutiva, em diversos países. Isto demonstra que a comunicação, sendo utilizada de forma coordenada com o oferecimento de serviços de saúde e em parceria com a comunidade, tem apresentado resultados positivos e o poder da comunicação neste sentido.

⁵⁰ De acordo com a autora, as teorias ou modelos de mudança de comportamento apresentam a idéia de que a adoção de comportamentos saudáveis passa por várias etapas até o momento em que se torna em parte integrante de sua vida e reforçam que as mensagens veiculadas.

⁵¹ Beltrán, 2011, p. 33.

⁵² Beltrán, 2011, p. 33.

De acordo com Mosquera (18), este conceito apresentado por Beltrán, é compartilhado por vários autores que concordam em classificar o papel da mídia como um marco na comunicação em saúde eficaz e que a divulgação de informações sobre a saúde para a população, pode aumentar a sua conscientização sobre a importância da saúde para o desenvolvimento dos indivíduos e comunidades.

Corcoran (43), ao citar alguns autores como Atkin (2001), Population Reference Bureau (2005) e Naidoo e Wills (2000), apresenta que o primeiro estágio de qualquer campanha de comunicação é analisar os aspectos comportamentais do problema de saúde, uma vez que o comportamento é o fator principal das causas de mortalidade e morbidade, e a capacidade de prevê-lo facilita o planejamento de ações de intervenção. E propõe que ao entendermos os fatores que influenciam o comportamento, poderemos planejar melhor as ações a serem desenvolvidas.

O fundamento da promoção de saúde deve ser uma compreensão de como e por que as pessoas mudam seus comportamentos e em que ponto da intervenção é melhor direcionar a mensagem. Isso permite a identificação das ações necessárias para mudar o comportamento e salienta as vias de influência que impedem (ou promovem) esse comportamento.⁵³

Mas Mosquera (18), em seus estudos sobre as definições de comunicação em saúde, relata que alguns autores diferem no manejo que deve ser dado aos meios de comunicação nesta divulgação. Assim ao citar Gumucio-Dagron⁵⁴, relata que este autor acredita que a comunicação tem sido, por muitas vezes, concebida erroneamente como uma mera propaganda ou a simples divulgação de informações, sendo vista, por diversas instituições ligadas à saúde, como uma oportunidade de ganhar visibilidade ao concentrar a utilização dos meios de comunicação e outras atividades que podem gerar um impacto positivo, somente nas cidades, sem se preocuparem com as populações rurais mais afastadas. Segundo apresenta Gumucio-Dagron (58), o investimento de grandes somas de recursos nos meios de comunicação de massa, como televisão, rádio ou a grande imprensa, se justifica para se convocar a população em caráter emergencial, como no caso de campanhas de vacinação, em casos de epidemias, entre outros. Neste sentido, o poder de convocação da mídia, acaba fazendo com que os gestores ou

⁵³ Corcoran, 2010, p. 5.

⁵⁴ Gumucio-Dagron, [s.d.] apud Mosquera, 2003.

responsáveis pelos sistemas de saúde pensem a comunicação em curto prazo, e não a médio ou longo prazo, como deveria ocorrer. De acordo com o autor:

O tipo de comunicação que mais temos empregado nos programas de saúde nos países latinoamericanos – e no Terceiro Mundo em geral – é a comunicação massiva, ou melhor, a informação massiva, posto que se produz em um só sentido e não contempla uma reação ou retorno por parte do receptor (concebido como um destinatário final, passivo e inativo).⁵⁵ (tradução nossa)

Para Gumucio-Dagron (58), é preciso mais do que isto, se desejamos resolver os problemas que afligem a população no futuro, e alcançar um compromisso consciente da população e das organizações sociais na solução destes problemas. Neste sentido, torna-se necessário a participação da comunidade no processo de planejamento e implementação das estratégias de saúde, neste sentido, deve-se pensar a comunicação também como um processo interativo. Assim, se o que se busca é o fortalecimento da capacidade da população no manejo de sua saúde e da comunidade, é necessário um maior investimento nas atividades nos níveis comunitários, como as várias formas de comunicação utilizada neste sentido: comunicação participativa, horizontal, dialógica, comunitária, popular ou alternativa.

Conforme é por ele apresentado, esta forma de comunicação desloca a responsabilidade concentrada nas instituições governamentais e internacionais, compartilhando-a com outras organizações, representativas das comunidades, que apresenta como vantagem poder responder melhor aos contextos culturais específicos.

Outro ponto relatado pelo autor é o importante papel desempenhado pela educação, uma vez que na América Latina a comunicação em saúde, somente após o estabelecimento da educação sanitária, conseguiu ganhar espaço para o seu debate e desenvolvimento. Assim apresenta:

Neste novo contexto, a comunicação em saúde é concebida como um processo estratégico para otimizar as ações direcionadas para se conseguir uma utilização racional da oferta de serviços de saúde, melhorar a eficiência e efetividade dos programas destinados a prevenção das enfermidades e promoção da saúde.⁵⁶(tradução nossa)

⁵⁵Gumucio-Dagron, 2003, p. 2. [página da internet]

⁵⁶Mosquera, 2003, p. 2.

Ao analisar a comunicação em saúde na realidade brasileira, Araújo (11) apresenta uma abordagem feita a partir da relação deste tema com o sistema de saúde nacional. Para a autora, a comunicação em saúde pública somente justifica a sua existência dentro de um sistema público de saúde, como o SUS. Assim, a prática e o pensamento de comunicação devem ser pautados pelos seus princípios e diretrizes, e a autora apresenta algumas relações possíveis destes princípios e diretrizes aplicados à comunicação. Desta forma, o princípio da universalização aplicado à comunicação, estaria no direito de todos à comunicação, podendo ser considerado o acesso democrático às informações necessárias para poder cuidar de sua saúde e/ou para poder exercer o controle social e também pela possibilidade de se tornar o emissor de mensagens, não meros receptores passivos da informação. Neste sentido, as pessoas não são consideradas como meros emissores ou receptores de mensagens, mas sim como interlocutores que participam de forma ativa de um processo de comunicação que acontece, não de forma linear, mas na forma de uma rede de comunicação, onde há várias vozes e atores em movimento. Assim, para a autora:

Uma comunicação que respeite o princípio da universalização deve garantir espaço e canais de expressão dessas vozes e desenvolver cada vez mais canais de escuta atenta ao que elas estão dizendo.⁵⁷

E acrescenta:

O direito à comunicação é parte integrante do direito à saúde. O SUS estabelece que a saúde é muito mais do que a falta de doença. Diz que é resultante de emprego, moradia, transporte, segurança, participação nas instâncias políticas, enfim, saúde é qualidade de vida. Neste sentido, o direito à comunicação é parte do direito à saúde.⁵⁸

Já a equidade defende a igualdade de direitos, mas apresenta que cada indivíduo possui necessidades diferenciadas, contextos sociais e culturais diferentes, necessitando o ajuste da atenção à saúde a essa diversidade. Assim a comunicação em saúde pode ser vista pelo ângulo do acesso à informação, que não é garantido apenas pela simples divulgação da informação, devendo se levar em conta as condições de apropriação da informação por cada usuário do sistema, havendo a compreensão da mensagem, de forma que esta informação possa ser absorvida e se tornar parte importante da realidade dele, fazendo sentido em sua vida.

⁵⁷ Araújo, 2007, p. 115.

⁵⁸ Araújo, 2007, p. 116.

Dentro do princípio da integralidade, entendida que a atenção à saúde deve ser integral e propiciar condições dignas de vida, a comunicação em saúde deve considerar a existência de diversas falas, não somente as das instituições de saúde, possibilitando acolher e ampliar as muitas vozes existentes na sociedade. Além disto, deve acolher os vários saberes existentes na sociedade, não apenas o técnico-científico, assim como não deve se preocupar apenas com a construção e produção destes saberes, mas sim na sua circulação e apropriação pela população.

Segundo a autora, “a integralidade na comunicação é tanto mais possível quanto ela for descentralizada”⁵⁹. A nossa sociedade é caracterizada como concentradora, o direito de falar e ser ouvido ainda é centralizado. O SUS inclui como diretriz a descentralização. A comunicação em saúde, ao contrário desta proposta de descentralização, é centralizada nos níveis de gestão, assim como os recursos para o desenvolvimento de ações de comunicação. Desta forma, a autora apresenta:

*Uma comunicação centralizada produz estratégias, processos, campanhas, publicações e outros materiais feitos para um destinatário “médio”, idealizado com base em perfis estatísticos. Este tipo de procedimento acaba por levar a uma comunicação que não é dirigida à especificamente ninguém, ou então voltada para um tipo só de pessoa, quando o seu objetivo é atingir a todos.*⁶⁰

Descentralizar é compartilhar poder. Descentralizar a comunicação é possibilitar que se criem canais locais de expressão e circulação de mensagens, buscar uma melhor divisão dos recursos a serem utilizados nos processos comunicacionais, considerar os diversos contextos existentes na sociedade e possibilitar e garantir a participação na construção destes processos. Neste sentido, a descentralização não pode estar separada da diretriz da participação. Esta é recomendada no planejamento, implantação e fiscalização das políticas públicas de saúde, ocorrendo por meio dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal. Mas para além desta forma de participação da sociedade, podem ser definidos diversos outros modos, como a possibilidade de se expressar e ser ouvido pelos serviços de saúde, ou de participar da tomada de decisão e de sua gestão. Independente do nível em que ocorra, a comunicação tem um papel importante, e dependendo da forma que esta ocorra, pode facilitar ou

⁵⁹ Araújo, 2007, p. 119.

⁶⁰ Araújo, 2007, p. 120.

dificultar o processo de participação da sociedade. Assim a comunicação pode ser uma facilitadora desta participação da sociedade, seja com a criação de canais de escuta da população e ampliação dos já existentes, ou propiciando a criação de canais de comunicação nas comunidades, incentivando assim o debate sobre a saúde, ou divulgando as informações que as conduzam na criação de uma consciência crítica sobre seu papel na construção de uma melhor qualidade de vida, individual e coletiva, permitindo conhecer os seus direitos e deveres em relação à saúde. Neste sentido, Ferreira e Saraiva (59) complementam esta idéia:

A comunicação não deve ser utilizada apenas para a transmissão de informações de um pólo a outro, pois pela experiência acumulada em diversas áreas do setor Saúde, a informação por si só não basta para operar mudanças comportamentais, efetivas e duradouras. É necessário fazer com que a população possa pensar sobre sua saúde e melhor decidir sobre este assunto, de forma crítica e consciente, mas para isso, devem ser respaldadas as estratégias, a forma e o conteúdo da informação e da comunicação utilizadas.⁶¹

Finalizando, Araújo (11) relata que, com o princípio da descentralização deve se fortalecer a capacidade dos estados e municípios em realizarem os processos de comunicação em seu âmbito de gestão, os órgãos do nível federal, deve ser responsável pelo repasse de recursos e apoiar tecnicamente os estados e municípios para a realização de esforços de comunicação na esfera local. A realização desta diretriz possibilitaria e fortaleceria os princípios da universalidade, da equidade e da integralidade, assim como as diretrizes da participação e da descentralização, nas esferas estaduais e municipais.

Desta forma, pode se verificar, pelas diversas definições apresentadas para comunicação em saúde, que elas apresentam alguns pontos em comum, entre eles podemos destacar, o objetivo de levar informação para a população, de forma a mudar o seu comportamento, seja por meio da influência no comportamentos sociais ou na mobilização popular para a participação, buscando a melhoria da qualidade de vida e de saúde, individual ou coletiva.

Mas ainda é preciso, além de levar a informação para a população, buscar introduzir nas práticas dos serviços de saúde o debate e a prática da comunicação em saúde, como estratégia de promover a saúde da população. Assim, considerando as práticas de comunicação no dia a dia da saúde, Beltrán (44) nos

⁶¹ Ferreira, Saraiva, 2008, p. 37.

aponta que os profissionais do setor da saúde não foram treinados para a gigantesca tarefa de mobilização para a participação democrática na luta pelo desenvolvimento. Por isto, devem associar seus talentos e esforços a especialistas de outras áreas, como educação, comunicação e informação. E estes profissionais que não pertencem à área da saúde, terão que comprometer-se plenamente e sem demora para se familiarizar com a natureza do setor para atendê-lo bem. É uma parceria lógica e louvável.

4 O AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE E A SAÚDE DA FAMÍLIA: A CONTEXTUALIZAÇÃO DO SUJEITO

Para compreendermos o sujeito da pesquisa, torna-se necessário, além de apresentar as suas características profissionais, contextualizar o ambiente em que as desenvolvem e como sugiram enquanto categoria profissional no SUS, que será apresentado a seguir.

4.1 ATENÇÃO BÁSICA NO PAÍS

A Declaração de Alma-Ata (1), conforme visto no capítulo 2, além de introduzir a promoção da saúde, enquanto uma nova concepção de saúde, instigou a comunidade internacional a desenvolver os cuidados básicos de saúde da população, por meio da Atenção Primária à Saúde, que deveria prevalecer sobre o atendimento hospitalar. Conforme apresenta Beltrán (60), a Declaração de Alma-Ata, além de afirmar que o povo tem o direito e o dever de participar, individual e coletivamente, da atenção de sua saúde, assim, para garantir esta proposta, formularam uma política com o tema “Saúde para Todos no Ano 2000” e como estratégia-chave para o seu desenvolvimento estava a Atenção Primária à Saúde:

... que consiste na prestação a todas as pessoas um conjunto de serviços indispensáveis para a sua saúde, com participação ativa da comunidade na sua condução e relação de cooperação com outros setores.⁶²

Nesse contexto, a Atenção Primária à Saúde (APS) ou Atenção Básica (AB), caracterizada pelo desenvolvimento de um conjunto de ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, tendo como objetivo o desenvolvimento da atenção integral que permita impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (10), foi sendo implementada aos poucos no país, por meio de programas, como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF). Anterior a isso, como nos apresenta Jatene (31), a Atenção Básica/Primária era realizada de forma isolada, sendo desenvolvida por alguns municípios do país em algumas experiências individuais.

⁶²Beltran, [s.d.], p. 3.

Conforme nos apresenta a publicação do Ministério da Saúde destinada aos ACS (9), essas ações são desenvolvidas por equipes de saúde, dirigidas às pessoas, famílias e comunidades de determinado território e, quando bem estruturadas e organizadas, podem resolver os problemas de saúde mais comuns e frequentes, reduzindo os danos e sofrimentos, e contribuindo para a melhoria da qualidade de vida das pessoas e comunidades. Segundo o autor:

Além dos princípios do SUS, a APS orienta-se também pelos princípios da acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado (longitudinalidade), responsabilização, humanização, participação social e coordenação do cuidado. Possibilita uma relação de longa duração entre a equipe de saúde e os usuários, independentemente da presença ou ausência de problemas de saúde, o que chamamos de atenção longitudinal. O foco da atenção é a pessoa, e não a doença.⁶³

Como relata Lavor (5), baseado nas experiências desenvolvidas em alguns municípios brasileiros, surge na saúde do país, em 1991, com a implantação do PACS, um novo personagem na saúde brasileira, o Agente Comunitário de Saúde (ACS). De acordo com Mendonça, Sousa e Santana (7), o PACS foi implantado com o objetivo de estender as ações básicas de saúde às famílias, em seu próprio domicílio, dentro do contexto de sua integração familiar e comunitária, realizando uma ligação entre eles e os serviços de saúde. Foi institucionalizado inicialmente na região Nordeste do país para enfrentar as altas taxas de mortalidade materno-infantil e em caráter emergencial na região Norte para o enfrentamento de epidemia de cólera.

Alguns anos depois da implantação do PACS no Brasil, em 1994, foi lançado o Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente passou a se chamar Estratégia de Saúde da Família (ESF). Como nos apresenta Girade (6), o PSF era uma proposta de se levar a atenção primária às famílias brasileiras, aproveitando as experiências desenvolvidas no país e que contemplasse os ACS. Sousa (8) relata que o PSF constitui-se em uma estratégia capaz de contribuir para a reorganização e o fortalecimento da Atenção Básica como o primeiro nível de atenção à saúde no SUS, por meio da ampliação do acesso, qualificação e reorganização das práticas das ações e serviços nos territórios, o mais próximo possível das famílias brasileiras.

⁶³ Brasil, 2009, p. 16.

Ainda segundo Sousa (32), o Brasil optou por um modelo de atenção à saúde que, apesar de apresentar muitos dos princípios da medicina familiar, que era utilizado na maior parte dos países, é bastante diferente. O modelo brasileiro possui uma série de características que o diferenciam da medicina familiar, sendo a principal delas a de não ser um projeto centrado no profissional médico, mas sim em equipe multiprofissional, que incorpora nas equipes de Saúde da Família membros da comunidade, os ACS, que mesmo sem uma formação prévia na área de saúde, são capacitados no próprio ambiente de trabalho para atuarem na educação e vigilância à saúde da população. Para a autora o

*Programa de Saúde da Família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.*⁶⁴

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (10) a ESF é definida como:

*A Estratégia de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo CONASS e CONASEMS, como a estratégia de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e o impacto da situação de saúde das pessoas e coletividades, além de proporcionar uma importante relação custo-benefício.*⁶⁵

A ESF é considerada a porta de entrada preferencial do SUS e o eixo central da organização do sistema, caracterizada pela continuidade e integralidade da atenção, coordenação da assistência, atenção centrada na família e participação da comunidade. Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (61), a ESF possui uma grande importância para o processo de promoção da saúde da população:

*A promoção da saúde tem lugar de destaque no processo de trabalho das equipes de Saúde da Família, que atuam na construção de parcerias, integração de projetos sociais e desenvolvimento de ações intersetoriais. As ações da saúde da família estimulam a prática de atividades físicas, hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do uso do tabaco e de bebida alcoólica, cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento, dentre outros aspectos.*⁶⁶

⁶⁴ Sousa, 2007, p. 73.

⁶⁵ Brasil, 2011.

⁶⁶ Brasil, 2009, p. 46.

Para ampliar a possibilidade de garantir a atenção integral da saúde da população, foram criados e implantados na Atenção Básica os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), com o objetivo de ampliar a abrangência e escopo das ações de atenção básica, bem como sua resolubilidade. As equipes são compostas por profissionais de diferentes áreas do conhecimento⁶⁷ que, além de trabalhar de forma integrada, devem apoiar os profissionais das equipes de saúde, tanto da Saúde da Família, como da Atenção Básica. Segundo nos apresenta Souza (62) a implantação dos NASF, além de se consolidar como proposta inovadora na organização do processo de trabalho, fortalece as ações de promoção da saúde.

Assim, desde a sua implementação, pode-se perceber um crescimento na implantação da ESF em todo o país, assim como um aumento importante do número de ACS, permitindo melhorar a cobertura da atenção integral da saúde da população, como pode ser verificado na tabela abaixo.

Tabela 1 - Implantação de Agentes Comunitários de Saúde e da Estratégia Saúde da Família no Brasil

	População	Nº de municípios atendidos	Implantados	Estimativa da população coberta	Proporção de cobertura populacional estimada
Agentes Comunitários de Saúde	190.755.799	5.391	248.521	121.516.425	63,7
Equipe de Saúde da Família		5.284	32.079	101.309.191	53,11

Fonte: MS/SAS/DAB e IBGE. Agosto de 2011.

Conforme apresentado na tabela 1, pode-se verificar que a ESF já estava presente em 5.284 municípios brasileiros, com 32.079 equipes de Saúde da Família, cobrindo 53,11% da população brasileira, conforme os dados apresentados, referente ao mês de agosto de 2011. Já o número de ACS no país é de 248.521, presentes em 5.391 municípios, cobrindo 63,7% da população.

⁶⁷ Os profissionais que podem compor as equipes do NASF são: médico acupunturista, assistente social, profissional/professor de educação física, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista/obstetra, médico homeopata, nutricionista, médico pediatra, psicólogo, médico psiquiatra, terapeuta ocupacional, médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

4.2 AS ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA E AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

Atualmente, de acordo com a PNAB, publicada inicialmente em 2006 (33) e republicada em 2011(10), as ações de Atenção Básica são desenvolvidas por meio do exercício da prática de cuidado e gestão, democráticas e participativas, com trabalho em equipe, dirigidas às populações de territórios definidos, que responsabilizam-se pelo atendimento de suas necessidades de saúde, buscando produzir a atenção integral da população. A Atenção Básica deve ser o contato preferencial dos usuários e considerada a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS)⁶⁸, e orienta-se pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e participação social.

É prevista a implantação da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) como possibilidade de reorganização inicial da Atenção Básica, com vistas à implantação gradual da ESF ou como forma de agregar os ACS a outras maneiras de organização da Atenção Básica. Para implantar essa estratégia é necessária a existência de uma Unidade Básica de Saúde (UBS), cadastrada no sistema de cadastro nacional vigente e equipe composta por um enfermeiro para até no máximo 12 e no mínimo quatro ACS.

Já para ESF, assim como na EACS, é necessária a existência de uma UBS de referência, porém, deve ter uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por um médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, sendo que o número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada. Cada equipe deve ser responsável por, no máximo, quatro mil pessoas, sendo a média recomendada de três mil pessoas. A esta equipe poderão também ser

⁶⁸ Pela PNAB as RAS constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articuladas de forma complementar e com base territorial, possuindo diversos atributos, entre eles que a Atenção Básica deve ser estruturada para ser o primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema de saúde, constituída de equipe multidisciplinar integrando, coordenando o cuidado, cobrindo toda a população e atendendo suas necessidades de saúde.

acrescentados os profissionais de odontologia, nível superior e técnico, para compor a equipe multiprofissional, integrando a equipe de Saúde Bucal.

No desenvolvimento das atividades de Atenção Básica, todos os integrantes das equipes de Saúde da Família devem aprender a trabalhar em equipe para cuidar do usuário de forma integral, onde “serão necessários diferentes olhares, saberes e fazeres” (9)⁶⁹. Nesse processo, o trabalho da equipe é organizado de modo que seus trabalhadores tenham funções e atribuições específicas para cada categoria, algumas comuns a todos eles e outras diferentes, mas complementares. Entre as atribuições comuns a todos os integrantes da equipe está a realização de reuniões de equipe, com o objetivo de discutir em conjunto o planejamento e avaliação de suas ações, a partir das informações da comunidade, conforme definida na política. Essa atividade facilita a responsabilização e a sintonia de todos os integrantes da equipe no processo de trabalho proposto para a comunidade.

É na Atenção Básica que acontece o trabalho do ACS, que tem um papel muito importante no desenvolvimento do trabalho das equipes de Saúde Família. Segundo Lavor (5), ao citar a professora Judith Tandler⁷⁰, o ACS possui uma criatividade para mobilizar as famílias para promoção da saúde, que está no compromisso com o desenvolvimento de seu trabalho e que é facilitado pela convivência com as famílias que ele acompanha e com quem ele compartilha da mesma cultura e dificuldades. E acrescenta que esse profissional ganha importância com o crescimento de possibilidades da promoção da saúde, devido ao acúmulo de conhecimento sobre a saúde da população e pela sua capacidade de diálogo com eles, aproximando-os dos serviços de saúde. Desta forma apresenta que:

*A característica especial do ACS é sua facilidade de comunicação com as famílias para que se mobilizem para a promoção da saúde.*⁷¹

Devido à importância do trabalho desenvolvido por este profissional, para o desenvolvimento das ações de saúde no SUS, esta nova categoria profissional foi reconhecida pela Lei nº 10.507, de 10 de julho de 2002, que a caracteriza pelo exercício de atividades de prevenção das doenças e promoção da saúde, individual ou coletiva, sob a supervisão do gestor local.

⁶⁹ Brasil, 2009, p. 35.

⁷⁰Tandler, 1998, p. 18 apud Lavor, 2010.

⁷¹Lavor, 2010, p. 18.

No desenvolvimento de seu trabalho, o ACS, assim como os demais integrantes da equipe de saúde, possui, além das atribuições comuns a toda equipe de saúde, atribuições específicas e destinadas a sua categoria profissional. Entre elas, conforme definidas e descritas na PNAB (10), podemos destacar: cadastrar todas as famílias de sua área; orientá-las sobre o funcionamento e utilização dos serviços de saúde; integrar a comunidade atendida e a equipe de saúde; estar em contato permanente e acompanhar as famílias e indivíduos de sua comunidade; desenvolver atividades de promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, vigilância à saúde e educação em saúde, de forma individual e coletiva; entre outras ações definidas pela equipe de saúde ou de acordo com a demanda da população.

Assim, para a equipe de saúde desenvolver o seu trabalho e atender à necessidade de saúde da população, precisa conhecer a realidade da comunidade e de cada um dos indivíduos que a compõe. Nesse sentido, o trabalho do ACS é de extrema importância para que a equipe de Saúde da Família consiga promover a saúde da população, pois ele é uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade, sendo um facilitador para o seu desenvolvimento.

5 METODOLOGIA: OS PASSOS DO CAMINHO TRILHADO

O presente estudo buscou realizar uma investigação sobre as práticas de comunicação dos AC), da ESF, utilizadas para promover a saúde da população do Distrito Federal. Desta forma, apresentou como objetivo geral para o desenvolvimento da presente pesquisa **analisar os processos de comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde do Distrito Federal, com vistas a compreender como ocorre a inter-relação entre esses profissionais e a comunidade no compromisso de promover a saúde dos usuários a eles vinculados**. Para alcançá-lo foram definidos **três objetivos específicos** para o desenvolvimento do trabalho: identificar as práticas de comunicação desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde; analisar as práticas de comunicação (formal e informal) dos Agentes Comunitários de Saúde no desenvolvimento do processo de trabalho no Distrito Federal e verificar as estratégias e os instrumentos de comunicação utilizados pelos Agentes Comunitários de Saúde na perspectiva da promoção da saúde junto aos usuários por eles assistidos.

5.1 REVISANDO A LITERATURA

No sentido de alcançar os objetivos propostos, o processo inicial de investigação ocorreu por meio da revisão da literatura sobre os temas de interesse para poder desenvolvê-la e que seriam necessários para a contextualização do propósito da pesquisa. Conforme apresenta Creswell (63):

Uma revisão da literatura significa localizar e resumir os estudos sobre um tópico. Com freqüência esses são estudos de pesquisa (desde que você esteja conduzindo um estudo de pesquisa), mas podem incluir artigos conceituais ou reflexões que propiciem estruturas para pensar sobre os tópicos.⁷²

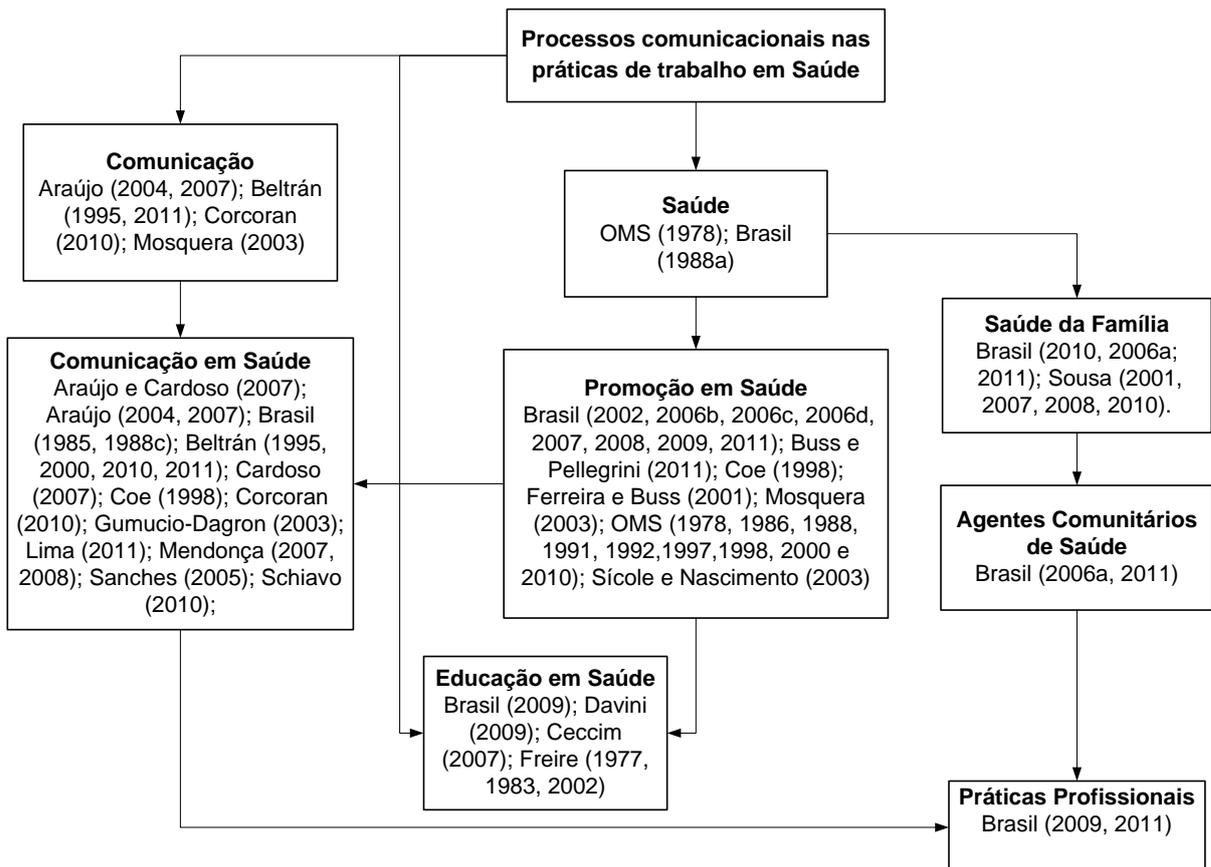
Desta forma, foi realizada uma revisão da literatura para os temas necessários para sua investigação, desde o seu tópico central, Comunicação em Saúde, relatado no capítulo três, como a Promoção da Saúde, para poder se compreender o propósito final do trabalho desenvolvido pelo ACS, descrito no capítulo dois, e o entendimento do sujeito da pesquisa, o ACS, e o contexto em que são desenvolvidas as suas atividades, ou seja, as políticas em que este está

⁷² Creswell, 2010, p. 55.

inserido, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Estratégia de Saúde da Família que foi apresentado no capítulo quatro.

Com a realização desta revisão da literatura, segundo o autor (63), torna-se necessário organizar a literatura, que é uma das primeiras tarefas a ser realizada em uma pesquisa de um tópico novo e uma ferramenta útil nessa etapa é desenhar um mapa ou sumário visual da literatura. Esse mapa constitui-se em um resumo visual de pesquisas que já foram conduzidas por outros, é representado por uma figura, que pode ser organizados das mais variadas maneiras, e apresenta uma visão geral da literatura existente. Assim, foi conduzida a construção do mapa visual da pesquisa, representado na figura 5, para conduzir esta primeira etapa da investigação.

Figura 5 -Sumário visual da literatura



Fonte: produzido pelo autor.

Desta forma, buscou-se resgatar a construção histórica dos conceitos de Promoção da Saúde, assim como a influência e importância da comunicação na implementação desta proposta. Ainda nesta fase se levantou os principais conceitos desenvolvidos na comunicação, a aproximação deste campo com o da saúde, para

assim podermos compreender as construções propostas, por pesquisadores e instituições de saúde para a definição de comunicação e saúde. E finalizando esta fase inicial, buscou-se compreender o sujeito investigado na pesquisa e o contexto em que desenvolve o seu trabalho.

5.2 SEGMENTANDO E ENCONTRANDO OS INFORMANTES-CHAVE

O método empregado no desenvolvimento da pesquisa foi um estudo de caso com os ACS em duas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Distrito Federal. Estudo de caso, conforme apresenta Yin (64), trata-se de uma pesquisa empírica na qual se busca investigar um fenômeno contemporâneo relevante, dentro de um contexto da vida real da população investigada, procurando identificar-se o que existe de mais essencial e característico para contribuir na compreensão do fenômeno investigado.

A seleção destas UBS a serem investigadas levou em consideração àquelas que possuíam o maior e o menor número de ACS, ligados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), no momento de sua seleção. Para definir quais UBS participariam da pesquisa foi realizado o levantamento do número de ACS junto à Gerência de Monitoramento e Avaliação, da Diretoria de Gestão da Atenção Primária em Saúde, da Subsecretaria de Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal, com base nos dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), do Ministério da Saúde, em julho de 2011, conforme apresentado no Apêndice 1.

Neste levantamento, observou-se que o Distrito Federal possuía 1045 ACS em atividade, em 196 equipes de Saúde da Família, distribuídos em 123 UBS, em 25 cidades. Destes, 523 ACS estavam ligados a 76 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 522 ACS a 120 equipes da Estratégia de Saúde da Família. Para seleção foram considerados somente os ACS das equipes de saúde ligados à ESF, ou seja, 522 ACS.

No levantamento realizado, nas UBS com equipes ligadas à ESF, verificou-se que a que possuía o maior número de ACS era a Centro de Saúde nº1 de Samambaia (CSSA 01), com 31 ACS, distribuídos em oito equipes de Saúde da Família e quatro UBS possuíam o menor número de ACS, com dois agentes em cada, as unidades: UBS Rajadinha, Posto de Saúde Rural (PSR) Rio Preto e PSR Pípiripau, todas em Planaltina e UBS Vila Boa, em São Sebastião, com uma equipe de Saúde da Família em cada unidade.

No contato realizado com as gerências das UBS, para obter maiores informações sobre as equipes e para verificar a possibilidade de realização das entrevistas, foi informado a alteração na equipe de saúde da UBS de São Sebastião, com a saída de um dos ACS do programa, ficando esta com apenas um agente e tornando-se, desta forma, a equipe de Saúde da Família com o menor número de ACS. Assim, para realização das entrevistas, foram selecionadas a UBS Vila Boa, em São Sebastião, com o menor número de ACS e a CSSA 01, de Samambaia, com o maior número.

De acordo com as exigências do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), foi feito contato com a direção das regionais de Saúde de Samambaia e São Sebastião, assim como com a gerência das UBS selecionadas, para autorizarem a realização da pesquisa, que assinaram Termo de Concordância. Estes documentos foram anexados ao projeto de pesquisa e encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF, tendo parecer favorável sob o número 0464/2011, em 25 de outubro de 2011, conforme Anexo A.

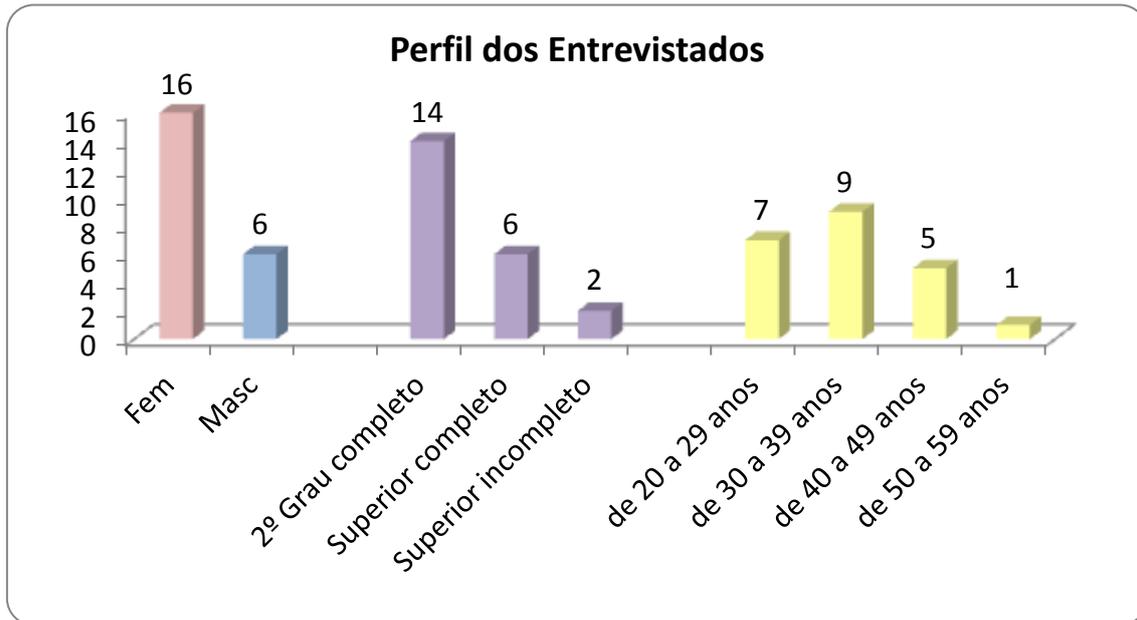
Para organizar a aplicação das entrevistas junto ao público de interesse, foram agendadas e realizadas reuniões com as gerências das UBS de Samambaia e de São Sebastião, para definir a melhor forma para a sua realização.

Na UBS CSSA 01, de Samambaia, a gerente da unidade definiu três dias para realização das entrevistas, convocando os ACS para comparecerem em dia e horário marcados. Desta forma, a realização das entrevistas ficou agendada para os dias 16, 17 e 18 de novembro de 2011, sendo duas equipes no dia 16, no período da tarde, quatro equipes no dia 17, sendo duas no período da manhã e duas no período da tarde, e duas equipes no dia 18 de novembro, no período da manhã. Os horários selecionados foram oito e dez horas da manhã e 14 e 16 no período da tarde, sendo uma equipe entrevistada em cada horário. Já na UBS Vila Boa, em São Sebastião, foi feito contato telefônico com a gerente do posto, que agendou a entrevista para o dia 21 de novembro de 2011, no período da manhã. Todas as entrevistas foram realizadas nas próprias unidades de saúdes, que disponibilizaram espaço específico para a sua realização.

Todos os ACS, das duas UBS foram convidados a participar da entrevista, a maior parte deles compareceu no horário e local marcado para a realização da entrevista, somente não comparecendo uma equipe de saúde da CSSA 01 de

Samambaia. Este fato ocorreu devido aos compromissos assumidos junto à comunidade, assim estavam em pleno desenvolvimento de atividades e também pela distância entre a comunidade da UBS, atendida pela equipe de saúde, da UBBS onde seriam realizadas as entrevistas. Desta forma, o perfil dos ACS que participaram da pesquisa, pode ser verificado no gráfico 1.

Gráfico 1 – Perfil dos Agentes Comunitários de Saúde entrevistados



Fonte: produzido pelo autor com base nas entrevistas realizadas

Conforme apresentado no Gráfico 1, foram realizadas entrevistas com 22 ACS, compostos por 27,27% de homens e 72,73% de mulheres, sendo a sua maior parte com 2º Grau completo (63,64%), seguido de 27,27% com nível superior completo e 9,09% com nível superior incompleto, e de faixa etária, em sua maior parte, composta por 40,91% entre 30 e 39 anos, 31,82% de 20 a 29 anos, 22,73% de 40 a 49 anos e 4,54% entre 50 e 59 anos.

No dia e horário marcados para as entrevistas, todos os ACS que compareceram foram informados sobre os objetivos da investigação, a sua opção de participar ou não da pesquisa de forma voluntária, a garantia de sigilo dos dados com a sua participação e sobre a necessidade de assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice 2. Dos ACS convidados a participar e que compareceram ao local marcado 22 dos 32 ACS das UBS concordaram em participar, autorizando a utilização das informações prestadas por meio de assinatura do TCLE.

Todas as entrevistas foram realizadas nos dias e horários marcados, conforme apresentado anteriormente, sendo gravadas em áudio e transcritas em sua íntegra. Assim, a coleta de dados ocorreu por meio da realização de entrevistas semi-estruturadas, a partir de um roteiro para a sua aplicação junto aos informantes-chave. O mesmo foi composto por oito questões abertas, possibilitando ao entrevistado discorrer sobre os temas propostos, comunicação em saúde, promoção da saúde, planejamento e avaliação do trabalho desenvolvido.

Conforme pode se verificar no Apêndice 3, roteiro de entrevista, as perguntas 1 e 2 abordaram o tema promoção da saúde, visando identificar como os ACS definem promoção da saúde e quais as ações utilizadas por eles neste contexto. Já nas perguntas 3, 4, 5, 6 e 8, é abordado o tema comunicação em saúde, sendo solicitado apresentar a definição e a apresentação de ações utilizadas de comunicação no sentido de promover a saúde da população, como são definidas e planejadas, o que é feito para melhorar estas ações e o seu entendimento para comunicação eficaz em saúde. E a pergunta 7, buscou identificar como eles avaliavam o seu o resultado do trabalho por eles desenvolvido.

Para cumprir o cronograma proposto para a realização da pesquisa, a validação do roteiro de entrevista, por opção do pesquisador, foi realizada durante o desenvolvimento das atividades de campo, ou seja, durante a realização das entrevistas. Uma vez que se tratava de aplicação de um roteiro de entrevista, avaliou-se que a sua validação em campo não comprometeria o desenvolvimento do trabalho. Desta forma, por não ser detectado nenhum problema, tanto na construção das perguntas ou da interpretação por parte dos ACS de seu significado, e por eles prontamente responderem aos questionamentos sem dificuldade, não houve necessidade de se refazer as questões apresentadas no roteiro de entrevista.

5.3 O SUJEITO COLETIVO

Para realizar o processamento e a avaliação dos dados obtidos, foi utilizada a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) (65) que tem por objetivo organizar e tabular os dados qualitativos de natureza verbal, obtidos dos depoimentos dos entrevistados.

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (66), quanto à técnica empregada, a metodologia do DSC é definida por seus criadores como

*O DSC consiste, então, numa forma não-matemática nem metalinguística de representar (e de produzir), de modo rigoroso, o pensamento de uma coletividade, o que se faz mediante uma série de operações sobre os depoimentos, que culmina em discursos-síntese que reúnem respostas de diferentes indivíduos, com conteúdos discursivos de sentido semelhante.*⁷³

E Lefèvre, Crestana e Cornetta (67) acrescentam

*O Discurso do Sujeito Coletivo é uma modalidade de apresentação dos resultados de pesquisas qualitativas, que tem depoimentos como matéria prima, sob a forma de um ou vários discursos-síntese escritos na primeira pessoa do singular, expediente que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso.*⁷⁴

Assim, o DSC apresenta os resultados de pesquisas qualitativas possibilitando expressar o pensamento de uma coletividade investigada, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Para o entendimento direto e resumido sobre essa técnica tem-se, mais uma vez, conforme seus autores (68) que

*O DSC como técnica consiste em uma série de operações sobre a matéria-prima dos depoimentos individuais ou de outro tipo de material verbal (artigos de jornais, revistas, discussões em grupo etc.), operações que redundam, ao final do processo, em depoimentos coletivos, ou seja, constructos confeccionados com estratos literais do conteúdo mais significativo dos diferentes depoimentos que apresentam sentidos semelhantes.*⁷⁵

Segundo os autores da metodologia (66), para a utilização desta técnica, que possibilita resgatar o sentido das opiniões das coletividades e formar os DSCs, ela constitui-se em um processo que deve ser efetuado por uma série de operações realizadas sobre este material, sendo necessários quatro operadores/operações:

⁷³Lefevre, Lefevre, 2005, p. 25.

⁷⁴Lefèvre, Crestana, Cornetta, 2003, p. 70.

⁷⁵Lefèvre, Lefèvre, 2010, p. 17.

- Expressões-Chave (E-Ch), que são trechos selecionados no material de cada depoimento verbal dos entrevistados, e que melhor descrevem o seu conteúdo.
- Ideias Centrais (ICs) são fórmulas sintéticas que descrevem os sentidos presentes nos depoimentos, tanto individuais quanto nos conjuntos de depoimentos, que apresentam sentido semelhante ou complementar.
- Ancoragens (ACs), também são fórmulas sintéticas que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes nos depoimentos, individuais ou de um conjunto destes, sob a forma de afirmações genéricas destinadas a enquadrar situações particulares. De acordo com esta metodologia, somente quando os depoimentos apresentam marcas discursivas dessas afirmações genéricas, existirão ACs.
- Discursos do Sujeito Coletivo (DSCs), são a reunião das E-Ch presentes nos depoimentos apresentados, e que possuem ICs e/ou ACs com sentido semelhante ou complementar.

Esta técnica consiste na seleção de uma “Expressão-Chave”, que são os trechos mais significativos das respostas individuais, apresentadas pelos entrevistados para cada questão da entrevista. Cada uma destas Expressões Chave terá uma Ideia Central correspondente, que apresentará a síntese do conteúdo discursivo manifestado nesta Expressão Chave. Com o material das Expressões Chave, de cada Ideia Central, torna-se possível construir o discurso-síntese, que são os DSCs, em que aparecerão o pensamento de um grupo ou de uma coletividade como se fosse um discurso individual, escrito na primeira pessoa do singular. Resumidamente, conforme apresenta o Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo (69):

O Discurso do Sujeito Coletivo ou DSC é isso: um discurso síntese elaborado com pedaços de discursos de sentido semelhante reunidos num só discurso. ... Em uma palavra, o DSC constitui uma técnica de pesquisa qualitativa criada para fazer uma coletividade falar, como se fosse um só indivíduo.⁷⁶

⁷⁶ Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo, 2012.

Segundo os autores (66), esta técnica consiste basicamente em analisar o material verbal coletado em pesquisas que tem depoimentos como sua matéria prima, extraindo-se de cada um deles as Ideias Centrais ou Ancoragens e as suas correspondentes Expressões Chave; com as Ideias Centrais/Ancoragens e Expressões Chave semelhantes será produzido um ou vários discursos-síntese que são os Discursos do Sujeito Coletivo.

Após a realização das entrevistas e a sua transcrição, os depoimentos dos entrevistados foram lidos e analisados individualmente, buscando identificar as Expressões Chave e Ideias Centrais para cada uma das respostas de cada entrevista. Cabe ressaltar que neste processo foram analisadas todas as respostas de cada entrevistado, ou seja, se buscou identificar as Expressões Chave e Ideias Centrais de todas as respostas para todas as questões da entrevista do primeiro entrevistado, para depois se iniciar o processo com o seguinte e assim sucessivamente, até se chegar o último entrevistado.

Terminada esta fase, passou-se para o momento de inserção das respostas, Expressões Chave e Ideias Centrais no sistema que auxiliou no processo de codificação e análise. Assim, inseriu-se os dados no Qualiquantisoft, um software de apoio a pesquisas qualiquantitativas, com base na teoria Discurso do Sujeito Coletivo.

Nesse processo, optou-se pelo não aprofundamento da análise em Ancoragens, visto que não houve a intenção em um aprofundamento nas representações, crenças e valores dos entrevistados sobre os temas abordados, mas sim em buscar a percepção dos sujeitos acerca dos temas propostos na pesquisa, que usualmente surgem em sua realidade de trabalho separadamente e não em conjunto.

Com os dados já inseridos no sistema, foi possível identificar as Expressões Chave e Ideias Centrais similares e complementares, agrupando-as em categorias, criadas ao longo deste processo, que as melhor descrevessem e permitindo, desta forma a transformação das respostas apresentadas individualmente em um discurso único para o coletivo de entrevistas de uma mesma categoria de resposta. Assim, com o auxílio do *software* Qualiquantisoft, além de facilitar o processo de categorização das respostas e desenvolvimento dos DSCs, permitiu que se chegasse aos dados qualitativos da investigação.

Assim, com os dados processados no sistema e os resultados compilados, foi possível passar para a fase de análise, em que os resultados da pesquisa são apresentados e debatidos com os conceitos e teorias apresentados na revisão da literatura. Os resultados, tanto qualitativos quanto quantitativos, assim como sua análise serão apresentados no capítulo a seguir.

6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

A Promoção da Saúde, desde a sua disseminação como uma nova estratégia que busca melhorar a saúde da população e da comunidade, tem buscado alternativas para que esta proposta se efetive de fato. Durante o seu processo de debate e maturação, verificou-se algumas possibilidades para a sua efetivação, entre elas podemos destacar a implementação de um novo modelo de atender a saúde da população, por meio da Atenção Primária ou Básica, que no Brasil se consolidou com os programas de Agentes Comunitários de Saúde e Saúde da Família. Outro ponto destacado na Promoção da Saúde, diz respeito à comunicação e à informação, como instrumentos de apoio e complemento, na busca de propiciar o debate, tanto nacional, quanto internacional sobre esta nova proposta, com a possibilidade de troca de experiências, criação de parcerias e, o mais importante, de levar informação e conhecimento sobre a saúde para as pessoas, para torná-las sujeitos ativos de suas vidas, podendo assim optar por práticas saudáveis.

Mas para que esta proposta se realize na prática, torna-se necessário investigar os campos envolvidos, a comunicação e a saúde, e mais especificamente a promoção da saúde, assim como entender como os profissionais de saúde entendem os seus conceitos e a forma como os utilizam em suas práticas de trabalho. Nesta investigação buscou-se compreender como uma das categorias destes profissionais, no caso os ACS, compreendem a Promoção da Saúde e a Comunicação em Saúde, quais as práticas por eles adotadas de promover a saúde da população e as possíveis inter-relações existentes. Neste sentido, após a realização da pesquisa de campo junto a um grupo de ACS do Distrito Federal, apresentamos a seguir os resultados obtidos com esta investigação.

Com base no resultado das entrevistas realizadas junto aos ACS das UBS de Samambaia e São Sebastião, disponibilizado no banco de dados criado por meio do *software* Qualiquantisoft, foi possível organizar as respostas apresentadas, destacar as expressões-chave, definir as ideias centrais e agrupar as respostas em categorias e, desta forma, chegar aos discursos do sujeito coletivo.

Para facilitar a apresentação dos resultados obtidos e a análise, para cada uma das questões das entrevistas realizadas, serão apresentados a seguir os dados quantitativos, na forma de gráficos, seguidos dos respectivos dados qualitativos com

a apresentação de cada uma das categorias das ideias centrais e seus respectivos discursos. As respostas foram separadas em três grandes grupos, dividindo-se as perguntas do roteiro de entrevista (Apêndice 3) de acordo com o tema abordado.

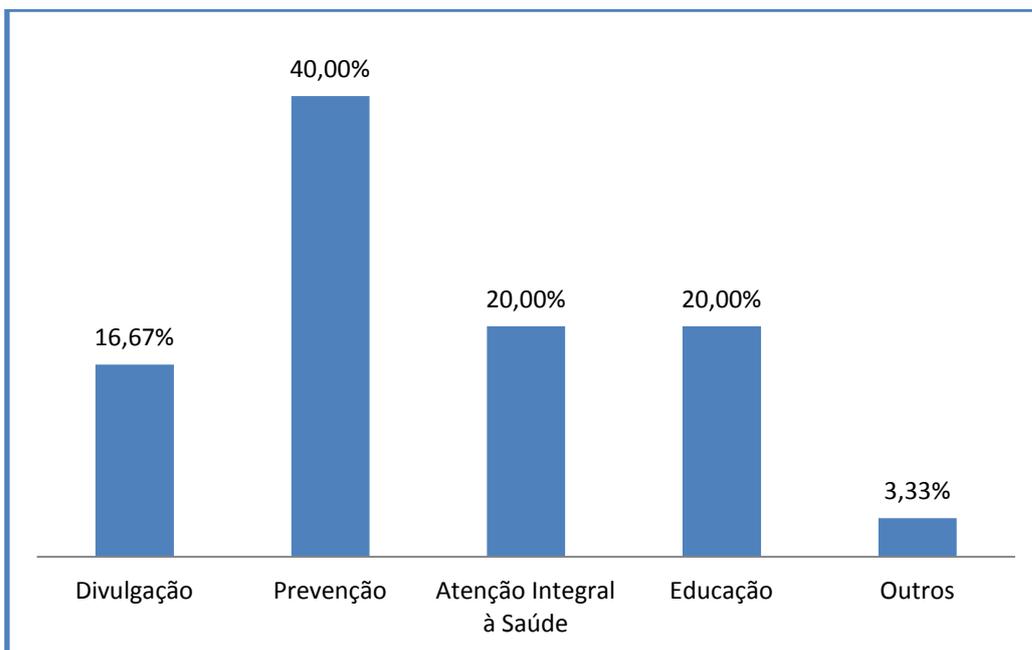
O primeiro grupo aborda a percepção dos ACS sobre promoção da saúde, apresentado nas respostas das perguntas 1 e 2, que buscaram identificar a definição dos ACS para promoção da saúde e quais as ações desenvolvidas por eles para alcançar este fim. Já o segundo grupo, que trata das percepções dos ACS sobre comunicação em saúde que, devido ao número de perguntas sobre o tema, foi dividido em dois subgrupos, sendo que o primeiro trata das ações de comunicação, envolvendo as perguntas 3 e 8, que buscam identificar a definição dos ACS para ações de comunicação e para o processo de comunicação eficaz em saúde, respectivamente, e a pergunta 4, que visa identificar quais são as ações de comunicação desenvolvidas por eles. O segundo subgrupo trata de planejamento e qualificação, envolvendo as respostas apresentadas para as perguntas 5 e 6, buscando se conhecer como são definidas e planejadas as estratégias de comunicação utilizadas e o que os ACS fazem para melhorar as suas ações de comunicação para melhorar seu trabalho. E, finalizando, o terceiro e último grupo busca verificar a opinião dos ACS sobre a sua avaliação pessoal para o resultado do processo de trabalho desenvolvido por eles para melhorar a qualidade de vida da população, apresentado na pergunta 7 da entrevista.

6.1 A PROMOÇÃO DA SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS ACS

Para se atingir o objetivo proposto na pesquisa, tornava-se necessário compreender como os agentes definem a promoção da saúde e quais eram as ações por eles desenvolvidas neste sentido, uma vez que o objetivo era analisar as práticas de comunicação desenvolvidas por eles para promover a saúde da população e esta percepção torna-se necessária para contextualizar a análise.

Durante a realização das entrevistas, as duas primeiras perguntas buscaram abordar como os ACS entendem a promoção da saúde e quais são as ações por eles desenvolvidas para promover a saúde da população. O primeiro questionamento foi sobre a definição de promoção da saúde e os resultados quantitativos encontrados estão representados no gráfico 2.

Gráfico 2 - O que você entende por promoção da saúde?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do software Qualiquantisoft (2011).

Conforme apresentado neste gráfico, ao serem questionados sobre o seu entendimento referente à Promoção da Saúde, foram obtidas 30 respostas no total, sendo o conceito de “prevenção” o que aparece em primeiro lugar, relatada em 40% das respostas dos ACS; seguido dos conceitos de “Atenção Integral à Saúde” e “Educação”, ambos com 20% das respostas. Já o conceito “Divulgação” apareceu em 16,67% dos casos e, por último, em 3,33% dos casos, a categoria “outros”, que apresenta os demais resultados para essa questão, que surge com menor frequência e não se enquadraram nas demais categorias.

Nos resultados qualitativos, a categoria “Prevenção” aparece em 40% das respostas. A reunião de todas as falas apresentadas gerou o seguinte DSC:

O que foi passado, o que a gente aprendeu, é prevenir mesmo, são as palestras. No meu entendimento é a prevenção que a gente faz no dia-a-dia, principalmente da hipertensão e do diabetes. A palestra do diabético, a palestra do hipertenso, para que essas pessoas tomem consciência da doença, porque a pessoa tem a doença. Que possa manter o melhor possível. A promoção a saúde é a prevenção da doença no caso. É a manutenção dela. Da dengue também. A gente orienta muito o pessoal sobre a dengue. Leishmaniose. Melena. Como evitar também, têm algumas mães que não sabem evitar melena.

O que eu entendo é isso, levar a informação, a prevenção, a informação até a casa da pessoa. A possibilidade de se promover uma saúde preventiva. Ir à casa da população e ensinar os pacientes como prevenir doenças, como

fazer para tomar uma água, assim como filtrar, para não pegar uma doença como hepatite, essas coisas. Então, a gente trabalha mais no caso com prevenção. Então a promoção é isso, a gente faz aquilo para poder trabalhar na prevenção.

É buscar a melhoria, no caso de orientação para população melhorar a saúde, para evitar doenças. No caso do agente comunitário de saúde, a gente vai orientar para que possa evitar doenças. E se caso já tenha, aí vai para seguir direitinho. É você incentivar a saúde, levando as pessoas a procurar um meio, uma vida saudável, para não adoecer. Eu entendo que é você prevenir a saúde antes para que não venha a doença. É você dar informação para aquelas pessoas que não sabem. Então, assim, é prevenir mesmo para que não venha a doença. Promoção da saúde é evitar que o paciente vá direto ao hospital. Fazendo com que a família venha para o posto, se consulte e que não possa ficar doente, para encher os hospitais. É um trabalho de prevenção, sabe? E isso é a única forma de desafogar os hospitais públicos. Porque a partir do momento que você previne você vai evitar um leito de UTI amanhã.

Como pode se verificar no discurso para a categoria “Prevenção”, o foco do conceito apresentado está centrado na doença, em ajudar o paciente a evitar a doença e que ele não venha adoecer. Este conceito pode ser verificado na definição apresentada por Czeresnia, ao conceituar prevenção, em publicação produzida pelo Ministério da Saúde (70):

As ações preventivas, por sua vez, definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. Para tanto, baseiam-se no conhecimento epidemiológico de doenças e outros agravos específicos.⁷⁷

Além disso, pode-se verificar também no discurso a preocupação com as pessoas que já possuem alguma doença, para orientá-las, possibilitando-as em saber como lidar com a doença, evitando o seu agravamento e futura hospitalização, conforme apresenta a definição de Buss na mesma publicação (70):

A prevenção orienta-se às ações de detecção, controle e enfraquecimento dos fatores de risco de enfermidades, sendo o foco a doença e os mecanismos para atacá-la.⁷⁸

Ainda pode-se verificar neste DSC que para essa categoria além dos ACS apresentarem a definição de prevenção, há uma preocupação com o funcionamento do sistema como um todo, ao relatarem a preocupação em manter o paciente saudável para que não venha a ter que utilizar outras estruturas do sistema de saúde com o agravamento da doença.

⁷⁷Czeresnia, D. apud Brasil, 2003, p. 14.

⁷⁸Buss, P. apud Brasil, 2003, p. 14.

Nesse discurso, verifica-se também a relação existente com a categoria “Educação”, que veremos a seguir, pela preocupação em orientar, educar as pessoas em como lidar com a doença. Por outro lado, percebe-se também que muitas das ações desenvolvidas, em boa parte dos casos relatados, ainda são definidas e planejadas por esferas superiores da estrutura do sistema de saúde. Essas ações estão vinculadas a políticas ou planos de ação definidas em instâncias ou instituições superiores, como o Ministério da Saúde ou a Secretaria Estadual de Saúde, que definem as ações a serem desenvolvidas e a melhor forma de agir. Esse é o caso para as ações desenvolvidas para prevenção da hipertensão e diabetes, que possuem um plano de ação definido pelo Ministério da Saúde (71):

Além do fornecimento dos medicamentos, o público assistido pelo programa deverá ser orientado sobre os componentes do cuidado clínico, incluindo a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado e o desenvolvimento de atitudes que conduzam à contínua melhoria do controle sobre a doença, com vistas ao progressivo aumento da qualidade de vida e a redução das complicações.⁷⁹

E ainda:

Educação em Saúde: a equipe multiprofissional deve desenvolver atividades de educação em saúde em nível individual e coletivo. A formação de grupos interativos para abordagem de educação para o autocuidado, para obesos, tabagistas, grupos de caminhada e etc. são importantes para o controle clínico e prevenção de agravos.⁸⁰

Duas categorias aparecem em 20% das respostas como entendimento dos ACS sobre Promoção da Saúde: “Atenção Integral à Saúde” e “Educação”. As respostas apresentadas na categoria “Atenção Integral à Saúde” estão representadas no DSC a seguir:

Segundo a Organização Mundial de Saúde, eles mesmos frisam que a saúde não é só o bem-estar físico, é o mental, é o social, então eu acho que é isso, é você tentar promover o bem-estar do outro e o próprio. Promoção da Saúde é você trabalhar para que haja qualidade, na saúde física e mental. Porque, hoje, a saúde não é só saúde física, mas conta também a mental. Toda a estrutura do indivíduo. É o ato de promover. Como é que você promove saúde? Com uma boa alimentação, aliviando o stress também. Entendeu? Uma vida espiritual também está ligada à saúde.

No caso a gente vai a casa, faz à visita, a gente procura saber como que a pessoa está. Se a pessoa está passando algum problema. A gente tem uma resposta assim melhor, mais explicativa para dar para eles. Eu acho assim, que é mais um apoio que a gente dá, além do médico, no caso, mas tem hora que eles estão precisando só conversar. Alguém para poder conversar, poder ajudar, uma melhora. Às vezes a pessoa não é um doente físico,

⁷⁹ Brasil, [2011?], p. 1.

⁸⁰ Brasil, [2011?]p. 4.

imunológico, é a necessidade de você conversar, a necessidade de você, às vezes expor algum sentimento. Quem toma remédio continuamente também, isso aí faz parte também do processo de saúde. A gente trabalha com hipertensos, diabético, tomando remédio direitinho. Auxiliar a família antes que ela possa ficar doente, ou seja, promover a saúde e o bem-estar.

Pode-se perceber, pelo conceito apresentado no discurso, que a percepção do ACS para promoção da saúde está baseada no conceito ampliado de saúde, que enfatiza a saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não a simples ausência de doença ou enfermidade, conforme enfatizado na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata (1), em 1978.

Também percebe-se que os ACS aplicam os conceitos de integralidade das ações no desenvolvimento de suas atividades. Conforme nos apresenta Mattos (71), isto pode ser verificado no momento que os agentes apresentam uma visão ampliada para o atendimento das necessidades de saúde da população, assim como ao analisarem o que significa para a população as demandas manifestadas e as ofertas que podem ser feitas para responder as suas necessidades, levando em consideração tanto o contexto do encontro imediato, bem como o contexto da própria vida da população, que remete a questão da contextualização. Conforme apresenta o autor:

Uma primeira dimensão da integralidade, na prática se expressa exatamente na capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto.⁸¹

E acrescenta:

... o princípio da integralidade é exercido por meio de um olhar atento, capaz de apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro.⁸²

Ainda é apresentado na PNAB (10), como uma das características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica, a promoção da atenção integral, contínua e organizada da população.

Já a outra categoria que aparece em segundo lugar, junto com “Atenção Integral à Saúde”, com 20% das respostas apresentadas, é “Educação”, descrita no DSC:

⁸¹ Mattos RA, 2004, p. 1413.

⁸² Mattos RA, 2004, p. 1414.

Não seria cuidado, cuidado já seria outra coisa. Promoção da saúde seria no caso, digamos eu explicar, eu orientar uma pessoa. É levar as informações, a educação. Seria a disseminação mesmo do conhecimento para população, para eles poderem cuidar um pouco deles mesmos, dentro da Atenção Básica. Essas coisinhas mais básicas mesmo, orientação à população. A ação preventiva ela vai exatamente prevenir, educar, é um processo educativo. É você conduzir o paciente a procurar a solução de uma forma mais tranquila. A gente trabalha com orientação, às vezes até de medicamento básico, digamos de um chá, é o fato de orientar como funciona o sistema. A gente esclarece para ela o que é a doença, como ela deve tomar o medicamento. A gente verifica, se é um idoso, se está tomando o medicamento certinho.

São ações voltadas para comunidade, orientando a comunidade para mudança de vida. É orientar na porta de casa, na esquina, até eu chegar aqui eu estou fazendo o meu trabalho. Orientar sobre uma medicação, sobre uma consulta, que tipo de consulta. O paciente acha que é só o médico que vai dar aquela orientação, mas na verdade quem dá essa orientação é mais quem vem antes do médico. A gente costuma tirar essas dúvidas antes ou depois de eles irem ao médico.

Verifica-se neste discurso a preocupação do ACS em levar a informação e disseminar o conhecimento junto ao usuário, buscando orientá-lo. Esse conceito está bastante ligado ao conceito apresentado na categoria prevenção, uma vez que nota-se nesse discurso o caráter educativo no enfoque da prevenção das doenças, assim como no discurso de prevenção surge o caráter educativo para o desenvolvimento da ação. Pode-se verificar aqui uma forte influência dos conceitos de Freire (73) ao relatarem a preocupação em orientar, em educar a população, com a disseminação do conhecimento para conduzi-los na busca de uma solução para o seu problema. Não simplesmente repassar a informação, mas garantir que a orientação dada possa incentivá-los a buscar a melhoria de sua saúde e mudança de vida da comunidade neste sentido, que é ilustrada pelo autor:

*O que importa, realmente, ao ajudar-se o homem é ajudá-lo a ajudar-se...
...É fazê-lo agente de sua própria recuperação. É, repitamos, pô-lo numa postura conscientemente crítica diante de seus problemas.⁸³*

Já a categoria “Divulgação” aparece em 16,67% das respostas apresentadas pelos ACS, conforme apresenta o seu discurso:

Promoção é você dar informação para aquelas pessoas que não sabem. Você estar levando, você estar doando, tem que falar. Levar aos que não têm tanta informação, já que aqui a gente tem muita informação. Acho que mais essa parte de divulgação. Acho que é divulgar a saúde. É fazer a informação da saúde chegar ao paciente na melhor comodidade possível. Divulgação, igual a gente faz, a gente vai, a gente faz palestra. Você divulga a saúde para a população, para comunidade, vai às casas. A gente faz as visitas e divulga o que é saúde, como tratar da saúde.

⁸³ Freire P, 2002, p. 66.

Como pode ser verificado neste discurso, essa categoria descreve a simples divulgação de informações sobre saúde para as pessoas que não as possuem, da forma mais cômoda possível, para que possam saber o que é e como tratar de sua saúde. Porém, essa categoria, diferente da categoria Educação, não apresenta a preocupação em garantir o aprendizado, a mudança de comportamento, menciona simplesmente o repasse de informações. Dessa forma, acaba remetendo ao modelo representativo básico de comunicação, apresentado por Corcoran (43):

O modelo representativo básico de comunicação em geral é conceitualizado como um processo unidirecional, que consiste unicamente em remetente, mensagem e destinatário.⁸⁴

Esse modelo possui como característica ser um processo unidirecional, sem haver a preocupação no completo entendimento da mensagem pelo destinatário e o *feedback* para o comunicador, que, conforme a autora, são variáveis importantes para a comunicação em saúde.

Na categoria “Outros”, que aparece em 3,33% dos casos investigados, reuniram-se as demais respostas apresentadas que não se enquadraram as demais definições que surgiram no desenvolvimento da pesquisa, como pode ser verificado em seu DSC:

É esse esquema que o posto de saúde gere, inclusive englobando os agentes comunitários de saúde da família, uma maneira de promover a saúde básica da população em geral. É uma maneira de começar o básico e evitar também que pessoas de outras comunidades, adentrem à área. Fica muita gente. Agora as consultas são todas agendadas. Aí já diminui a quantidade de gente no posto. Aí já facilita o atendimento para população.

Nessa categoria, pode-se perceber que não ocorreu uma definição clara para o conceito de promoção da saúde, apenas a citação de se promover para a população o que é básico para a saúde e a preocupação do atendimento da comunidade que está na área de cobertura da UBS, evitando que a população de outras comunidades sejam atendidas na unidade, para que não ocorra o aumento das demandas da equipe e da unidade de saúde.

Pelo DSC apresentado, pode-se perceber que, apesar dos agentes estarem seguindo as determinações da PNAB (10), que define como característica do processo de trabalho a definição de território de atuação e de população sob

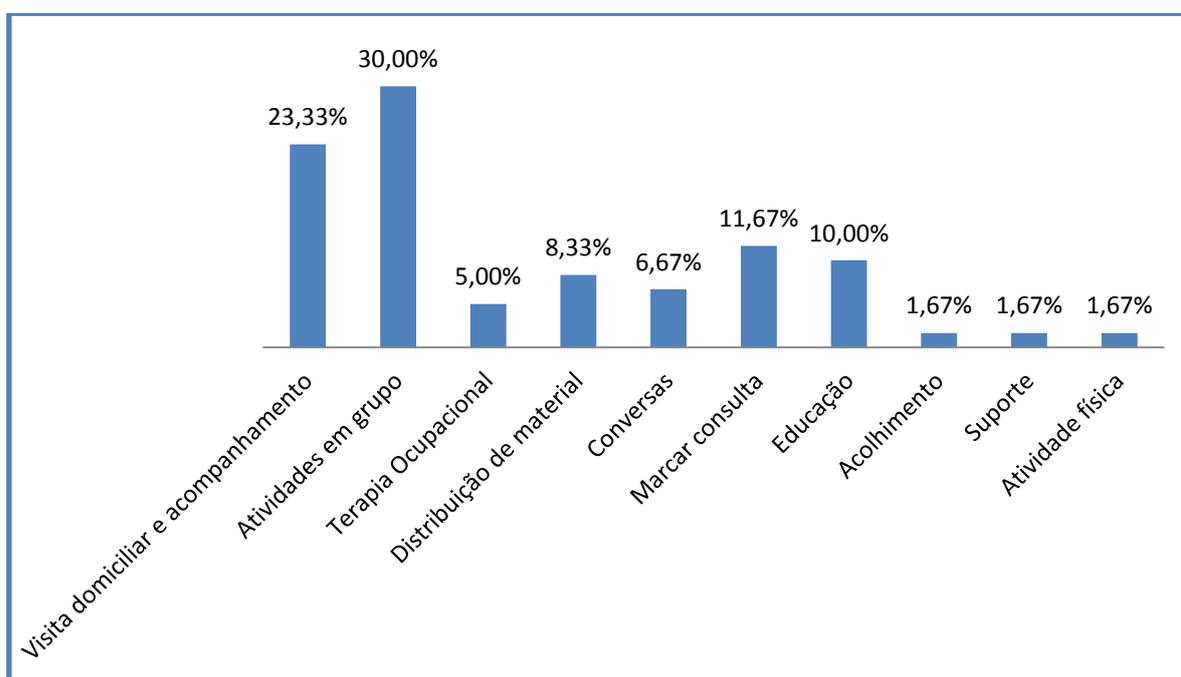
⁸⁴Corcoran, 2010, p. 2.

responsabilidade da UBS e das equipes, ao dificultarem o acesso de pessoas de outras comunidades que não aquelas definidas, contrariam a Constituição Federal (2) que busca garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Conforme as respostas apresentadas, verifica-se que ao buscarem apresentar uma definição para promoção da saúde, ainda existe uma forte influência em ver o paciente, ainda pelo aspecto da doença, dando-se uma forte ênfase ao caráter preventivo destas, principalmente das pessoas que apresentam fatores que podem levar ao desenvolvimento de doenças crônicas ou que já as possuem, sendo esta uma prática que acaba sendo incentivada pela gestão dos serviços de saúde. Mesmo assim, percebem-se sinais de ampliação deste conceito, ao apresentarem o conceito ampliado de saúde, com a busca pela atenção integral à saúde dos pacientes e a identificação dos contextos em que a saúde da população se desenvolve. Além disto, também há a preocupação em buscar levar a informação de forma a buscar garantia à mudança de comportamento da população, na tentativa de levá-los a se tornarem agentes ativos do cuidado de sua saúde e da população. Logo, pode-se verificar que a maior parte dos conceitos apresentados para definição deste conceito, são de tópicos que estão presentes e são necessários para o desenvolvimento da promoção da saúde.

Já ao serem questionados sobre as ações desenvolvidas para promover a saúde da população, foram relatadas 60 respostas para as ações desenvolvidas, que foram agrupadas em 10 categorias. Cabe salientar que nas respostas encontradas, os exemplos citados, estas ações podem ser utilizadas para o desenvolvimento de mais de uma das categorias apresentadas para definição de promoção da saúde, como veremos a seguir.

Gráfico 3 - Quais são as ações desenvolvidas para promover a saúde junto à população por você atendida?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do *software* Qualiquantisoft (2011).

Como observa-se no gráfico 3, ao identificarem as ações desenvolvidas para promover a saúde da população, as respostas apresentadas pelos ACS puderam ser agrupadas em 10 categorias, sendo que a maior frequência das respostas concentraram-se nas duas primeiras categorias: “Atividades em grupo”, com 30% das respostas e 23,33% dos casos na categoria “Visitas Domiciliares/Acompanhamento”. As demais respostas, com menos de 50% dos casos, foram encontradas nas categorias “Marcar Consultas” (11,67%), “Educação” (10%), “Distribuição de material” (8,33%), “Conversas” (6,67%), “Terapia Ocupacional” (5%). Já as categorias que aparecem com menos frequência foram o “Acolhimento” (1,67%), o “Suporte” (1,67%) e a “Atividade Física” (1,67%).

Entre as ações desenvolvidas pelos ACS para promoção da saúde que mais aparecem nas respostas apresentadas, em 30% dos casos, são as “Atividades em grupo”, como palestras, oficinas, reuniões e grupos desenvolvidos pela equipe de Saúde da Família junto à população, como pode ser verificado, qualitativamente, no DSC apresentado abaixo:

A gente faz uma prevenção para os grupos. A gente faz os grupos, têm grupos de hipertensos, diabéticos pra gente fazer educação e saúde,

chamadohiperdia, que é um grupo com uma palestra da médica em que há aferição de pressão, mede glicemia. Onde a gente leva médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e nesse grupo a médica explica sobre alimentação, sobre como controlar o diabetes, como controlar a hipertensão mesmo. Faz [sic] grupos, grupo fechado com idosos, grupos de hipertensos, de diabéticos. A gente faz esse grupo toda semana, toda sexta-feira, com exceção de feriados, algum imprevisto. A gente faz os grupos todas as sextas-feiras, o grupo de hipertensão e diabetes. Também têm os grupos de fumantes. Tem grupo de tabagismo aqui no centro de saúde que a gente participa. Tem sempre os grupos, que tem a médica, às vezes tem a enfermeira, mas orienta a população como se prevenir. A enfermeira dá sempre uma palestra sobre o assunto assim... que está mais em evidência.

A gente faz reuniões com a comunidade de hiperdia, sobre todos os assuntos. A gente fala sobre diabetes, hipertensão. A gente faz reuniões com crianças, do tipo verminose. A gente faz o nosso grupo com as gestantes. Assim... nessas reuniões de acordo com o levantamento do mês, tem o mês da dengue que está dando mais casos, aí é levantado também. Tem mês que está dando febre amarela, aí é o que a gente levanta. Cada reunião tem um topicozinho que a gente aborda. Esse mês passado a gente teve sobre o cartão de vacina.

A gente dá palestras, o que a gente vê mesmo de promoção dos nossos cuidados é com as gestantes, crianças, hipertensos e diabéticos. Com gestantes a gente dá mais é [sic] palestras. A gente marca reunião de grupo com a comunidade. A gente tem as palestras que a gente faz na comunidade [sic]. Tem com criança, gestante, em todos os graus das pessoas que precisam de saúde. Tem as palestras com o enfermeiro. É mais assim, que às vezes faz reunião com crianças, que é essas coisas para poder ensinar a lavar a mão, comer, lavar fruta, verdura, essas coisas assim. São as palestras. A palestra do diabético, a palestra do hipertenso, para que essas pessoas tomem consciência da doença, porque a pessoa tem a doença. É isso, são as palestras, são os grupos. Oficinas também.

As “Atividades em Grupo” estão relacionadas diretamente com as categorias “Prevenção” e “Educação”, apresentadas na questão anterior, pois são bastante utilizadas para o desenvolvimento das ações de promoção da saúde. Além disso, também estão relacionadas com a categoria “Divulgação”, uma vez que nas atividades em grupo, como palestras e reuniões realizadas na comunidade, eles acabam transmitindo as informações necessárias para a população. Essas atividades, fazem parte das ações a serem desenvolvidas na Atenção Básica, conforme descrita na PNAB (10), também são destacadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) ao abordar a Atenção Básica (74), em que destaca os encontros com a comunidade como possibilidade de encontros com a população, entre eles é destaca as atividades desenvolvidas em grupos:

Uma das apostas que a Política Nacional de Humanização faz, a partir de experiências concretas, é a de que é possível construir uma “zona de comunidade”, um “comum” entre os distintos interesses dos gestores,

trabalhadores e usuários⁸⁵. Para que esta construção se dê, é preciso criar espaços coletivos, espaços de encontro entre as pessoas. Um espaço pode ser o próprio ato de um atendimento no serviço de saúde, de uma visita à casa de uma determinada família, da realização de um grupo ou uma oficina de planejamento, uma reunião do Conselho Local de Saúde, uma roda de conversa temática, etc. É nestes encontros, onde as pessoas conversam, que os problemas podem e devem aparecer; serem analisados e enfrentados. É nestes espaços que se pode construir corresponsabilidade e aumentar o grau de autonomia de cada um.⁸⁶

Ainda percebe-se, pelo discurso apresentado, que este tipo de ação é bastante empregado para a categoria “Prevenção”, principalmente para o desenvolvimento de ações voltadas para as pessoas portadoras de doenças crônicas, como diabetes e hipertensão, para pessoas com hábitos que podem levar ao adoecimento, como fumantes, assim como outros agravos ou doenças. Verifica-se que essas ações estão bastante relacionadas ao enfrentamento e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), conforme definido no plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT (38), publicado pelo Ministério da Saúde.

O Plano visa preparar o Brasil para enfrentar e deter, nos próximos dez anos, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), entre as quais: acidente vascular cerebral, infarto, hipertensão arterial, câncer, diabetes e doenças respiratórias crônicas.⁸⁷

Assim, verifica-se que as atividades em grupo são bastante utilizadas para o desenvolvimento de atividades nestas categorias, pois todas as atividades em grupo buscam levar a informação para a população e para pessoas portadoras de alguma doença crônica, seja o repasse de informação ou levar informação, além de educá-la para evitar o surgimento de doenças na comunidade, e no caso de já existir a doença, orientar para o seu melhor acompanhamento e tratamento.

As “visitas domiciliares e o acompanhamento” representaram 23,33% das respostas apresentadas como ação desenvolvida, conforme o DSC que representa esta categoria:

O próprio agente de saúde que vai, sempre vai nas casas [sic]. Tirar dúvidas. No nosso caso as visitas, o contato primeiro é meu, do agente de saúde. Eu faço a visita domiciliar mensal. Às vezes a gente visita a casa que o pessoal não sabe de nada. A gente visita pelo menos uma vez por mês, cada paciente dentro da área, verificando justamente isso, se o ambiente é

⁸⁵ Teixeira, 2005 apud Brasil, 2009

⁸⁶ Brasil, 2009, p. 15,16.

⁸⁷ Brasil, 2011, p. 12.

insalubre ou não. Quantas pessoas vivem na casa. Vê se está tudo bem. A gente procura saber como a pessoa está. Se a pessoa está passando algum problema. O que a gente aprendeu na reunião a gente implanta na visita. Igual a gente faz, fala sobre olhar os cartões das crianças, lembrando o cuidado com a dengue. Também fazemos visitas domiciliares com enfermeiro, técnica de enfermagem e com o médico.

A gente acompanha gestantes, crianças de até 2 anos. Pesagem de criança. Tem uma ficha do programa de saúde da família direcionada para a gestante, direcionada para o hipertenso, então a gente vai lá, vê se a pessoa está tomando o remédio direitinho. Acompanhamento do idoso, do hipertenso, do diabético, da gestante, o crescimento e desenvolvimento das crianças. A gente faz as visitas diárias de acompanhamento da população, tira pressão e visita para saber como é que vai o pessoal.

Pode-se verificar que, assim como a categoria anterior, esta atividade também possui uma forte relação com as categorias da questão anterior “Prevenção”, “Educação” e “Divulgação”, uma vez que, neste caso, desenvolvem as ações de forma individualizada. Relaciona-se também como ação utilizada para desenvolver as atividades da categoria “Atenção Integral à Saúde”, pois busca verificar dentro do contexto das pessoas e da comunidade como está a sua saúde, verificando a necessidade de informação e intervenção necessárias. A diferença entre esta categoria e a anterior está na forma de abordagem da população, uma vez que esta ocorre de forma mais individualizada, enquanto a outra ocorre em grupos específicos de usuários.

Estas duas primeiras categorias juntas representam 53,33% de todas as respostas apresentadas como ações utilizadas pelos ACS para promover a saúde da população. Isto se deve ao fato de a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (10) definir como atribuições dos ACS o desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos, realizadas por meio de visitas domiciliares e ações educativas, tanto individuais, como coletivas, nos domicílios e na comunidade. Já a maior frequência nas respostas para atividades em grupo se justifica por, além da PNAB, algumas outras políticas e programas do Ministério da Saúde priorizam este tipo de atividade para o seu desenvolvimento, como é o caso da Hipertensão e Diabetes (71).

As demais categorias apresentadas como respostas para esta questão, “Marcar Consulta”, “Educação”, “Distribuição de material”, “Conversas”, “Terapia Ocupacional”, “Acolhimento”, “Suporte” e “Atividade Física”, dividem os 46,67% restante da frequência dos casos.

A categoria “Marcar consulta”, que ocorreu em 11,67%, pode ser representada pelo seguinte DSC:

A gente marca consulta. Como é que vai a saúde da família, como é que vai [sic] as condições da saúde, para marcar as consultas. Faz uma seleção de consultas no caso. Você seleciona o pessoal que realmente precisa da consulta para não ficar aglomerado aqui a quantidade de gente no posto de saúde. Se tem [sic] alguém na casa, por exemplo, com alguma doença infecto-contagiosa, a gente já encaminha para o posto para dar o tratamento correto. Aí a gente verifica os que estão descompensados, muito descompensados, aí marca consulta para o médico.

E orienta sobre os horários das consultas, agendamento das consultas. Se está [sic] precisando do médico e vier até a gente, a gente orienta qual dia que marca consulta, o que tem aqui no posto e que possa procurar para que possa melhorar a situação do paciente. Atendimento do médico. As pessoas não compreendem que uma dor de cabeça ela [sic] pode vir aqui no posto, que chamamos de unidade, de UBS, para ser consultada.

Pelo discurso apresentado, esta categoria pode ser descrita como a verificação da saúde da população, principalmente de forma mais individualizada, e a necessidade de encaminhamento para os serviços de saúde, para realização de consultas, selecionando aqueles usuários que realmente necessitam de consulta ou mesmo de tratamento. Nesse discurso aparece o caráter educativo, contido na categoria “Educação” da questão anterior, mas de forma a orientar as pessoas sobre as formas e critérios do funcionamento da consulta e de outros serviços oferecidos pela unidade de saúde, para atender à necessidade do usuário, conforme definida na PNAB (10), enquanto atribuição específica para o ACS de orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis. Por outro lado, está também relacionada com a categoria “Atenção Integral à Saúde”, pois no contato com o usuário pode-se fazer uma avaliação de seu estado de saúde e a necessidade de encaminhamento para o serviço de saúde, assim como esclarecer quando esta necessidade não se faz necessária.

Já em 10% das respostas apresentadas está a categoria “Educação”, descrita no DSC:

A gente trabalha com orientação. O que é essa orientação? É orientação até de medicamento básico, digamos um chá. É o fato de orientar como funciona o sistema. Na parte de cuidar, assim... de auxiliar a pessoa no convívio das doenças que não têm cura, como a diabetes, a hiperdia, orientação no sentido de conhecer a doença. Os diabéticos: estar sempre lembrando a questão da dieta, se está [sic] tomando os remédios direito, se está [sic] fazendo uma caminhada, essas coisas mesmo que a gente tem que estar fazendo no dia a dia. Se a pessoa possui alguma doença crônica como hipertensão e diabetes, se ela possui, a gente esclarece para ela o

que é a doença, como ela deve tomar o medicamento. Se é [sic] um idoso, a gente verifica se ele está tomando o medicamento certinho.

Orienta também sobre o CD para as crianças, vê a carteira de vacina das crianças também. A gente orienta em relação à dengue, no caso como se prevenir para evitar. Orienta sobre tampinhas, todas as orientações que a gente traz. Orientação sobre planejamento familiar, sobre desenvolvimento da criança, sobre vacinação, que a vacina é importante não só para a criança, como para a gestante, para o adulto, para ele estar imunizado. Normalmente eu olho tudo. No posto, em casas, sempre a gente procura fazer o máximo assim, para fazer um esquema completo, assim, para família estar bem orientada.

Verifica-se que essa categoria está diretamente relacionada com a categoria de mesmo nome que aparece em 20% das respostas apresentadas pelos ACS ao definirem promoção da saúde. Está ligada diretamente ao caráter educativo, principalmente em orientar a população sobre como se prevenir para evitar que as doenças surjam e para manter a saúde, individual e coletiva. Além disto, também possui uma relação com a categoria “Prevenção”, da pergunta anterior, pois busca orientar a população em como proceder no caso de doenças crônicas. Neste sentido, as ações de educação em saúde são ressaltadas pelo Ministério da Saúde (10, 9) como ações que devem ser desenvolvidas não somente pelo ACS, mas também pelos demais integrantes das equipes de Saúde da Família, e devem buscar orientar a população sobre a melhoria da qualidade de vida, assim como é fundamental para a qualidade da atenção prestada em saúde.

A categoria “Distribuição de material” ocorre em 8,33% dos casos e é representada pelo DSC:

A gente leva folders, como é que eu vou te dizer... tenta conscientizar sobre o exercício físico, isso. Levamos informativos, levamos a informação para eles. Mas aí a gente faz ainda sobre dengue, a gente dá palestras, a gente entrega folhetos, essas coisas toda [sic]. A campanha contra a dengue a gente também participa. Panfletagem.

O discurso apresentado para esta categoria enfatiza a utilização de material de divulgação como apoio para o processo educativo, sendo utilizado para orientar a população sobre assuntos específicos de saúde, principalmente de temas definidos como prioritários pelas instituições gestoras da saúde, como Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde. Cabe ressaltar que esta categoria de ação pode ser utilizada como apoio ao desenvolvimento das atividades relativas às categorias definidas na questão anterior, “Prevenção”, “Educação” e “Divulgação”.

Esta categoria, apesar de estar fortemente ligada à “Divulgação”, pode ser enquadrada ao modelo representativo básico de comunicação, apresentado por Corcoran (43) como um processo unidirecional, pois se percebe pelo discurso apresentado, que os ACS descrevem a preocupação em conscientizar a população. Dessa forma, a distribuição de material acaba sendo uma estratégia de apoio, utilizada para complementar outras ações desenvolvidas.

A categoria “Conversa”, que aparece em 6,67% das repostas apresentadas, pode ser descrita no DSC:

Muitas vezes nós somos psicólogos também, porque às vezes a pessoa só quer alguém com quem conversar. Isso acontece muito com idosos. É mais individual, conversa mais. Um pouco também psicólogo, na hora que você está conversando com o pessoal de saúde, quando ‘dá fé’ a pessoa já está te abrindo assuntos pessoais, tudo. Só o fato de você ouvir, você acaba já ajudando aquela pessoa. Acaba sendo um pouquinho é psicólogo [sic], mas orienta se for necessário.

Esta categoria está relacionada como uma ação para o desenvolvimento da “Atenção Integral à Saúde”, apresentada na questão anterior. Pode-se verificar, conforme o discurso apresentado, que os ACS, como eles mesmos relatam, acabam desempenhando um papel de psicólogo junto à população, por meio de conversas, de acordo com a necessidade das pessoas e da comunidade, realizando uma escuta qualificada das necessidades da população, que pode ser visto nas atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica, apresentado na PNAB (10):

VI – participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde,... ...e identificação das necessidades de intervenções de cuidado, proporcionando atendimento humanizado, se responsabilizando pela continuidade da atenção e viabilizando o estabelecimento de vínculo.⁸⁸

Cabe, ainda, ressaltar que as conversas realizadas pelos ACS com as pessoas acabam aprofundando o conhecimento entre este profissional e a população e, desta forma, fortalecendo o vínculo entre eles, conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (9):

⁸⁸Brasil, 2011.

A base do vínculo é o compromisso do profissional com a saúde daqueles que o procuram. Para o usuário, existirá vínculo quando ele perceber que a equipe contribui para melhoria da sua saúde e da sua qualidade de vida.⁸⁹

A análise aponta ainda que 5% das respostas apresentadas relatam a “Terapia Ocupacional” como uma das ações desenvolvidas para promover a saúde da população, conforme apresenta o DSC:

Tem também terapia ocupacional, as terapias. A gente vai começar um trabalho agora com artesanato. Agora a gente está querendo abrir, tratando com arte, que a nossa enfermeira mesmo vai dar os trabalhos manuais [sic], então a gente vai fazer isso. A gente está trabalhando também com terapia comunitária, que tem uma professora voluntária, então... assim, sempre que aparece alguém para ajudar a gente, um colaborador, aí a gente sai avisando, entendeu?

O DSC apresentado pelo ACS descreve o desenvolvimento ou o desejo de implementar outras atividades, como a “Terapia ocupacional”, como sendo uma ação complementar às demais atividades desenvolvidas. Esta categoria, apesar não estar ligada diretamente a uma das categorias apresentadas na questão anterior pode ser desenvolvida em apoio, dentro dos vários conceitos apresentados. Essa atividade está prevista na PNAB (10) como uma ação que pode ser desenvolvida pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), que entre os vários profissionais que podem compor sua equipe está o profissional de Terapia Ocupacional. Além disso, este tipo de ação pode ser realizada, conforme apresentado no discurso, por meio de parcerias, que também podem ser verificadas nesta política, que identifica como atribuições comuns a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica:

XVII – identificar parcerias e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais.⁹⁰

As últimas três categorias apresentadas, que surgem com menor frequência de respostas são “Acolhimento”, “Suporte” e “Atividade física”, que veremos a seguir. A ideia central “Acolhimento”, apresentada em 1,67% das respostas, pode ser representada no discurso:

Também o acolhimento do paciente, também porque quando ele vem aqui a gente fica na mesa, a gente faz um acolhimento, que o paciente vem, ele não vem só perguntar. Então ele vem para saber as informações e a gente tem que tratá-lo bem e fazer aquele acolhimento, explicar para ele todo o procedimento do posto.

⁸⁹ Brasil, 2009, p. 17.

⁹⁰ Brasil, 2011.

Conforme apresentado no discurso para esta categoria de resposta, é ressaltado o “Acolhimento” ao paciente, que é apresentado na PNAB (10) como uma das ações que devem ser desenvolvidas e que caracteriza o processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. Este acolhimento deve ser realizado com a escuta qualificada, que permita avaliar a necessidade de saúde da população. Cabe salientar que no discurso dos ACS, eles enfatizam o acolhimento realizado na UBS, em que podem passar as informações que a população necessita, neste caso específico, é relatado principalmente o funcionamento do posto de saúde, não relatando que este acolhimento pode ser realizado na própria comunidade também, conforme apresenta o Ministério da Saúde (9):

O acolhimento... ...se caracteriza como o modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito. O acolhimento não está restrito a um espaço ou local.⁹¹

Nesse sentido, podemos perceber que esta atividade está diretamente relacionada com a “Atenção Integral à Saúde”, apresentada na questão anterior, mas também pode e deve ser desenvolvida nos demais conceitos apresentados: “Prevenção”, “Educação” e “Divulgação”.

A PNH (74) também apresenta o “Acolhimento” como uma das diretrizes que orientam o trabalho de atenção à saúde na Atenção Básica:

A Política Nacional de Humanização aposta que alguns modos de organizar os processos de trabalho em saúde – alguns “arranjos” – facilitam o enfrentamento dos problemas e potencializam a produção de saídas criativas e singulares em cada contexto. Aponta algumas diretrizes a serem colocadas como nossa “utopia”, que estarão sempre por serem alcançadas, nunca prontas, sempre mais à frente. São elas: o Acolhimento, a Clínica Ampliada, a Cogestão, a Produção de Redes, a Valorização do Trabalho e do Trabalhador da Saúde.⁹²

O acolhimento também é ressaltado na PNAB (10) ao atribuir a todos os profissionais das equipes de Atenção Básica a responsabilidade de participar do acolhimento do usuário:

VI – participar do acolhimento dos usuários realizando a escuta qualificada das necessidades de saúde...⁹³

⁹¹ Brasil, 2009, p. 17.

⁹² Brasil, 2009, p. 15.

⁹³ Brasil, 2011.

Já a categoria “Suporte” é relatada em 1,67% das respostas apresentadas e pode ser representada pelo discurso:

Aqui a gente não tem uma ação específica, mas a gente tem um complemento. A gente complementa as outras categorias. Assim como a dengue, a gente não tem a responsabilidade de fiscalizar a dengue, mas a gente dá um amparo, um suporte. Então a gente dá um suporte à dengue, a gente dá suporte à desnutrição, a gente dá suporte à hipertensão, aos diabéticos, a gente trabalha muito com suporte.

No DSC apresentado para caracterizar a ação desenvolvida como “Suporte”, pode-se verificar que os ACS relatam o desenvolvimento de ações que auxiliam e dão respaldo para diversas políticas definidas e planejadas pelas instituições de saúde, podendo ser pelo Ministério da Saúde, Secretaria Estadual ou pela Regional de Saúde. Ademais, salientam a característica de complementar as demais categorias profissionais. Esta ação pode ser encontrada na PNAB (10) ao definir as atribuições específicas do ACS:

VII - desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, como, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco;⁹⁴

Pode-se verificar que esta categoria está ligada às ações desenvolvidas individualmente, como as visitas domiciliares, ou em grupo, como palestras, oficinas, entre outras.

Já a última ação desenvolvida para a promoção da saúde relatada pelos ACS é “Atividade Física”, que representa 1,67% das respostas e é apresentada no DSC:

Teve uma época que teve caminhada nas quadras. Tinha um professor de educação física, mais ou menos isso. Desse jeito a gente vai passando para população algumas informações. Nessa brincadeira aí, acaba que o médico ia naquele bom humor, ali fazia muitas vezes até consultava, correndo tava consultando, andando [sic].

Neste discurso, podemos verificar que os ACS se referem à prática de atividade física como uma das ações desenvolvidas para promover a saúde da população. Esta é uma das ações propostas pela PNPS (3) para promover a saúde da população:

⁹⁴ Brasil, 2011.

b) promover práticas corporais/atividade física, como caminhadas, prescrição de exercícios, práticas lúdicas, esportivas e de lazer, na rede básica de saúde, voltadas tanto para a comunidade como um todo quanto para grupos vulneráveis.⁹⁵

Além disso, com o objetivo de ampliar o acesso da população às políticas de promoção da saúde, o Ministério da Saúde lançou, em abril de 2011, o programa Academia da Saúde, que busca promover a saúde da população por meio da implantação de espaços com infraestrutura, equipamentos e pessoal qualificado para orientar a população de práticas corporais de atividades física e de lazer e modos de vida saudáveis. As ações deste programa deverão ser desenvolvidas pelos profissionais da APS, especialmente dos NASF.

Conforme os discursos apresentados pelos ACS ao definirem a promoção da saúde, percebe-se que a maior parte deles a define como prevenção das doenças já existentes na população (40%), talvez pela presença ainda existente do modelo de atenção à saúde individual e centrado na doença, conceito este que se busca modificar, e pela ênfase dada pelas instituições gestoras do sistema de saúde para a prevenção das doenças existentes na população, a fim de combatê-las e reduzi-las. Por conseguinte, podemos perceber também a influência de outros conceitos existentes, ao apresentarem as definições ligadas à atenção integral à saúde (20%), a educação (20%) e a divulgação (16,67%).

Assim, percebe-se a influência de outros conceitos e outros olhares sobre a saúde, uma vez que o percentual de respostas apresentadas para estas três categorias não podem ser desprezadas, totalizando 56,67% das repostas apresentadas. Verifica-se que são relatados conceitos importantes na tentarem definir a promoção da saúde, como o conceito de integralidade da atenção ao usuário do sistema de saúde, a necessidade de se educar a população – não somente para as doenças existentes, mas também para evitar que ocorram novos casos de doenças já existentes na comunidade ou que novas doenças apareçam –, e que para que isto ocorra é preciso que a população tenha acesso à informação. Verifica-se também que estes conceitos apresentados, não chegam a definir completamente à Promoção da Saúde, uma vez que estes são conceitos de outras políticas, como a de Atenção Básica, de Humanização e do próprio conceito

⁹⁵ Brasil, 2006, p. 33.

ampliado de saúde, mas que também não podem ser desconsiderados na conceituação de Promoção da Saúde.

Já em relação aos exemplos de ações desenvolvidas para promover a saúde da população, é importante salientar que todas as atividades apresentadas pelos ACS estão relacionadas, mesmo que indiretamente, com os conceitos descritos na questão 1. E, ainda, pode-se verificar que a maioria das ações apresentadas nas respostas, de uma forma ou de outra, acabam fazendo parte das ações apresentadas na PNAB, como atribuições específicas dos ACS ou comuns a todos os integrantes das equipes de saúde da Atenção Básica, ou de outras políticas e planos do Ministério da Saúde, como a PNH, Hipertensão e Diabetes, Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das DCNT e PNPS.

6.2 PERCEPÇÕES DOS ACS SOBRE COMUNICAÇÃO

A maior parte das perguntas utilizadas na realização das entrevistas abordou o tema comunicação em saúde, totalizando cinco perguntas sobre esta temática. Estas perguntas buscaram identificar como os ACS definem ações de comunicação e quais ações são utilizadas para promoção da saúde, como estas ações são definidas e planejadas, o que eles fazem para melhorá-las para qualificação de seu trabalho e o que eles acreditam ser um processo de comunicação em saúde eficaz.

6.2.1 Ações de Comunicação

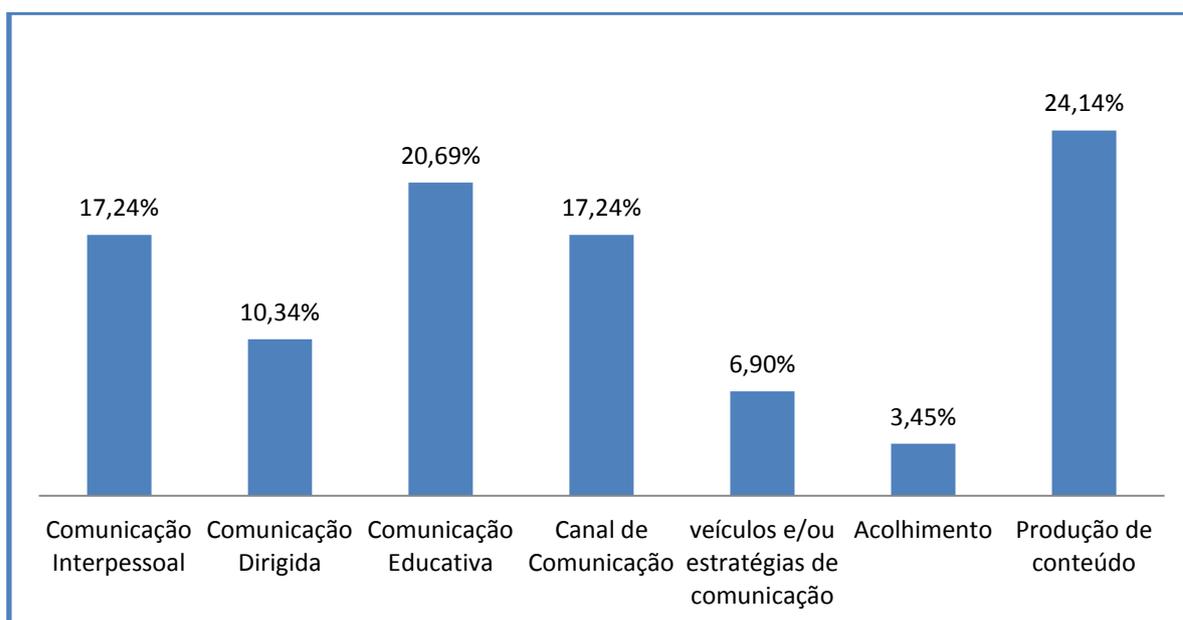
No desenvolvimento das entrevistas, as perguntas 3 e 8 buscaram identificar a definição dos ACS para ações de comunicação e para o processo de comunicação eficaz em saúde, respectivamente, já a pergunta 4 visou identificar as ações de comunicação desenvolvidas por eles. Devido à relação existente entre estas três questões, elas foram reunidas e seus resultados serão apresentados a seguir.

Ao serem questionados sobre a definição para ações de comunicação, os ACS apresentaram a sua percepção sobre a definição proposta e suas respostas foram agrupadas em sete ideias centrais. Cabe salientar que as categorias utilizadas para representar as repostas apresentadas na definição de ações de comunicação são as mesmas utilizadas para categorizar os exemplos de ações de comunicação utilizadas por eles para promover a saúde da população. Porém, novas categorias

surgiram ao ser solicitado que apresentassem o seu entendimento sobre comunicação eficaz em saúde.

Assim, ao serem questionados sobre a sua definição de ações de comunicação, os ACS apresentaram 29 respostas, que foram classificadas nas categorias apresentadas no gráfico 4, que ilustra o resultado quantitativo para esta questão.

Gráfico 4 - Como você define ações de comunicação?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do *software* Qualiquantisoft (2011).

Observa-se no gráfico 4 que, ao definirem ações de comunicação, a “Produção de Conteúdo” ocorreu com maior frequência entre as respostas apresentadas, em 24,14% dos casos; seguida por “Comunicação Educativa”, com 20,69%. As categorias “Comunicação Interpessoal” e “Canal de Comunicação”, ambas aparecem em 17,24% das respostas, seguidas por “Comunicação Dirigida”, com 10,34%; conhecimento sobre “Veículos e/ou Estratégias de Comunicação” que aparece em 6,90%; enquanto “Acolhimento” ocorreu em 3,45% dos casos. Pode-se verificar que quase metade das respostas apresentadas, 44,83% delas, concentrou-se nas duas primeiras categorias: “Produção de Conteúdo” e “Comunicação Educativa”.

Já ao analisarmos qualitativamente os resultados, os discursos obtidos para cada uma das categorias, verificam-se diversas definições em que os ACS buscam definir ações de comunicação para a promoção da saúde.

A ideia central que apareceu com maior incidência ao definirem ações de comunicação, em 24,14% das respostas apresentadas, é a “Produção de Conteúdo”, em que os ACS relatam a definição de comunicação verbal realizada com a população, conforme pode ser verificado no DSC abaixo:

Acho que é todo ato que te integra com outra pessoa. É o ato de comunicar. Uma comunicação menos formal com a população. O mais informal possível. Acho que é um jeito de abordagem, o jeito de se comunicar com as famílias.

Seria o próprio falar mesmo com a comunidade, o ouvir, essa interação com a comunidade mesmo. A gente tem que ouvir bem o paciente, entender a necessidade dele num todo e não ficar questionando o paciente. Tem que ouvir, entender e tentar resolver o melhor possível para o leigo. Muitas famílias carentes às vezes não têm instrução, aí tem que usar um método bem simples para falar com essas famílias, porque se falar um método um pouco mais difícil, eles não vão entender. A gente tem que ter uma linguagem clara, para interagir com a pessoa. No caso da saúde é você tentar usar uma linguagem, que o foco aqui é a saúde. Você tentar uma linguagem que a pessoa entenda. Acaba que você tem que converter a informação que você pega aqui no posto para passar para população. Além de eu conhecer a realidade do pessoal lá, tento converter as informações que eu obtenho aqui no posto, lá na nossa comunidade. Por isso que o trabalho da enfermeira também é bom nisso, porque ela simplifica muito como a gente vai falar com a população.

É a forma que uma pessoa consegue transmitir algo que ela quer passar para outra. Você conseguir com que a pessoa entenda o que você quer transmitir. Na questão da medicação também, a gente tem pacientes que já são idosos, então a gente precisa estar fazendo a caixinha de medicação. “A senhora vai tomar o remédio sete horas da manhã”, a gente desenha o solzinho, a lua, para ela distinguir que horas vai tomar a medicação.

Conforme se percebe pelo discurso dos ACS, a categoria “Produção de Conteúdo” é realizada por meio da comunicação verbal que, além de ser uma prática comum aos ACS no desenvolvimento de suas ações para promoção da saúde na ESF, percebe-se a sua preocupação em adequar a linguagem, converter a informação para o melhor entendimento da população final, os receptores da mensagem.

Pelas respostas apresentadas, os ACS levam em consideração a importância de se ouvir o usuário sem questioná-lo, para melhor entendê-lo e conhecê-lo, e para saber a sua real necessidade de informação. Quando necessário buscam a informação com os demais profissionais de saúde na UBS, definindo a forma como

esta informação deve ser transmitida para que a população possa melhor entendê-la. Este processo tem como objetivo a interação com a comunidade. Buscam adequar a mensagem e o canal de comunicação para levar a informação de saúde da equipe de saúde à realidade da população, de forma que possa ocorrer a compreensão da informação da melhor maneira possível e mudar o seu comportamento.

Apesar de a falta de conhecimento de modelos teóricos de comunicação pelos profissionais de saúde, esta prática acaba por ocorrer de forma espontânea, sem a realização de uma qualificação específica para o tema da comunicação. Segundo apresentado por Corcoran (43), ao abordar os modelos e teorias de comunicação em promoção da saúde, o fundamento da promoção da saúde deve ser compreendido pela forma e pelo motivo de pessoas mudarem seus comportamentos e em qual momento da intervenção seria melhor direcionar a mensagem. Conforme apresenta a autora, existem várias teorias, mas elas não identificam uma intervenção específica a seguir e que a finalidade da teoria é a de possibilitar ao promotor de saúde a possibilidade de realizar uma troca bem sucedida de informação com o público-alvo. Dessa forma, percebe-se que os ACS, mesmo sem ter conhecimento da teoria, acabam aplicando na sua prática de trabalho um dos modelos apresentados.

Também se verifica que os ACS acabam executando papel de mediadores entre o serviço de saúde – UBS e profissionais de saúde – e a comunidade, pois exercem a missão de garantir que o saber técnico-científico chegue à população de forma traduzida, ou seja, em uma linguagem mais popular, facilitando a transmissão do conhecimento de acordo com a teoria de “comunicação em duas etapas”, formulada pelos pesquisadores americanos Lazarsfeld, Berelson e Gaudet, na década de 1950, que influenciou a prática educativa e comunicativa a partir dos anos 1970, conforme apresenta Araújo (11):

Ele tem o desafio de converter a informação em saúde em algo que seja apropriável pelas pessoas.⁹⁶

Além disso, nesse papel de mediador desenvolvido, segundo Sousa (75, 76), facilitam os processos de informação e comunicação, ampliando as possibilidades

⁹⁶ Araújo, 2007, p.116-117

de uma tradução, o mais real possível das leituras de realidades vivenciadas pelos ACS, dito de outra forma, facilitam o diálogo entre os saberes.

A segunda categoria que aparece, em 20,69% das respostas, como Ideia Central para definir ações de comunicação é “Comunicação Educativa”, descrita no DSC a seguir:

São os meios que viabilizam a orientação do paciente a conhecer a saúde. Que a pessoa com conhecimento é mais esclarecida, sabe buscar mais os meios. Porque o que a gente faz é orientar e é isso que a pessoa, que a população precisa. É como instruir o paciente a melhor se cuidar, se ele é hipertenso, vir acompanhar, se é diabético, fazer o acompanhamento necessário.

Eu acho assim: que é passar conhecimento. Assim, a gente vai adquirindo conhecimento, então o conhecimento que a gente vai adquirindo, que eu tenho, a segurança que eu posso passar para as pessoas, eu passo. Então eu acho que isso é uma ação de comunicação. É a forma como a gente transmite os assuntos para o pessoal, como a gente explica. É uma ação que a gente está tendo, de ter uma comunicação com eles, procurar explicar melhor cada coisa que a gente pode, o que a gente sabe, para poder explicar, passar uma informação melhor. Você chegar e ir atrás do paciente e informar. A gente leva tanto o falado, quanto o impresso.

Tem várias formas de comunicação. Para lidar com criança a gente usa teatro, com diabético a gente faz mesas de café da manhã, para tentar estar levando uma reunião mais light. Uma forma de mais tranquila do que o posto de saúde tem para passar, então, assim, o que a gente trabalha na comunidade; tenta fazer uma coisa diferente, até para se segurar o público mesmo.

Essa ideia apresenta a preocupação do ACS com a forma de transmitir a informação para garantir a geração de conhecimento por parte da população. Surge o caráter educativo, de transformar a informação em conhecimento e a busca por instruir, explicar e orientar a população sobre os cuidados com a saúde e seus tratamentos. Este transmitir a informação pode ocorrer tanto na forma verbal quanto por meio de material impresso e há uma preocupação em planejar diferentes formas de transmitir esta informação com a utilização de maneiras alternativas de comunicação, como teatro e mesas de café da manhã, no intuito de utilizar uma forma mais tranquila para que a população possa assimilar a informação passada.

Fica clara a preocupação do ACS, pelo discurso apresentado, que a informação, além de chegar à população, deve se transformar em conhecimento, transmitindo-a de forma prazerosa, com a adequação da linguagem e da forma de transmiti-la para cada segmento da população a qual se destina. Assim, podemos

perceber algumas das ideias de Freire (48) na prática do ACS, quando apresenta o conceito de comunicação eficiente:

É indispensável ao ato comunicativo, para que seja eficiente, o acordo entre os sujeitos, reciprocamente comunicantes. Isto é, a expressão verbal de um dos sujeitos tem que ser percebida dentro de um quadro significativo comum ao outro sujeito.⁹⁷

E acrescenta:

a comunicação eficiente exige que os sujeitos interlocutores incidam sua “admiração” sobre o mesmo objeto; que o expressem através de signos linguísticos pertencentes ao universo comum a ambos, para que assim compreendam de maneira semelhante o objeto da comunicação.⁹⁸

Conforme apresenta a publicação do Ministério da Saúde destinada aos ACS (9), as ações de educação fazem parte do seu dia a dia de trabalho, tem por objetivo melhorar a qualidade de vida da população e o enfoque educativo é um dos elementos fundamentais na qualidade da atenção prestada em saúde. As ações educativas ocorrem por meio do diálogo e do saber escutar, têm início nas visitas domiciliares, mas podem ser desenvolvidas em grupos, nos serviços de saúde ou nos espaços sociais existentes e é uma responsabilidade de todos os integrantes da equipe de saúde. E ainda acrescentam:

Segundo Freire (1996), ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua produção ou a sua construção.⁹⁹

Freire (48) ainda salienta que a comunicação, assim como a educação, deve garantir os princípios de autonomia e liberdade decisória aos indivíduos, famílias e comunidades, estes como sujeitos estratégicos para o desenvolvimento da sociedade. Por seus valores agregadores, a comunicação em saúde trilha novos caminhos mediadores de encontros possíveis, sendo o primeiro deles com a educação, sob o ponto de vista da promoção da saúde.

Observa-se ainda que 17,24% das respostas apresentaram como ideia central a categoria “Comunicação Interpessoal”, representada no discurso dos ACS:

Ação de comunicação para mim é levar a informação, verbal mesmo. Desenvolver uma comunicação, uma informação direta ou indireta com a pessoa. Eu acho que é desse jeito como a gente faz com um grupo, com a comunidade, que é a maneira mais fácil deles entenderem, da gente poder passar para o maior número de pessoas [sic]. São as palestras, são os grupos, no nosso caso as visitas, o contato primeiro é meu, do agente de

⁹⁷ Freire P, 1977, p. 67.

⁹⁸ Freire P, 1977, p. 70.

⁹⁹ Brasil, 2009, p. 50 apud Freire, 1996.

saúde, tem da enfermeira também, quando tem problema que precisa ela ver de perto, então ela vai, visita. Tem o médico também. Para mim, eu já estarei comunicando [sic].

Nesse discurso é apresentado pelos ACS o conceito de levar informação, de forma verbal, podendo ser uma atividade desenvolvida com apenas um indivíduo da comunidade ou com um grupo de pessoas, da maneira mais fácil possível para o seu melhor entendimento, mas buscam alcançar o maior número de pessoas. Neste sentido, Buss (77) ressalta a importância das várias formas de comunicação, entre elas a interpessoal, para que possa levar a informação em saúde para população como imprescindível para o exercício da cidadania e promoção da saúde dos indivíduos e comunidade:

A informação, a educação e a comunicação interpessoal, assim como a comunicação de massas, através de diversas mídias, têm sido reconhecidas como ferramentas importantes que fazem parte da promoção da saúde de indivíduos e da comunidade.¹⁰⁰

Além disso, conforme apresenta o relatório de pesquisa, publicado pelo Ministério da Saúde (57), outro aspecto a ser considerado é que a comunicação interpessoal envolve outros fatores além do contato físico, como as concepções dos atores envolvidos neste processo sobre estar doente e os diferentes modelos de cura. O encontro entre o médico – aqui podemos também considerar os demais profissionais de saúde – e o paciente é o encontro de duas culturas e sistemas explicativos distintos que demanda negociação, já que permite ao profissional de saúde compreender a visão de mundo, o modo de pensar, agir e sentir do paciente para poder identificar os problemas de saúde e buscar as melhores soluções.

Ainda aparece como resultado quanto à definição de ações de comunicação, também em 17,24% das respostas, a categoria “Canal de Comunicação”, conforme descrito no DSC:

É a forma que você vai transmitir a mensagem, como vai ser feita essa comunicação da equipe de saúde, no caso com as famílias, com a comunidade. É a maneira da pessoa se expressar com a comunidade. É a maneira de comunicação, de entendimento entre todo mundo. Entendimento entre as pessoas. Acho que é todo ato que te integra com outra pessoa. Maneira de levar o conhecimento do que é feito no posto de saúde e do relacionamento dos agentes. É levar a informação do paciente, trazer informação do paciente para a equipe, da quadra para a equipe, da comunidade para a equipe e do centro de saúde para a comunidade. Então, é ser esse comunicador do paciente. Ser um intermediário. É fazer a informação da saúde chegar ao paciente na melhor comodidade possível.

¹⁰⁰Buss, 1999, p. 80.

Vou lá e escuto, aí a gente tenta trazer para equipe e resolver os problemas. Tudo assim, aquele canal.

Nesta categoria, conforme discurso apresentado, os ACS relatam a forma de levar a informação, o conhecimento produzido no posto de saúde para a população, em que é salientada a preocupação em ser o elo, o intermediário entre a equipe de saúde e a população, não somente levando a informação para a comunidade, mas também levando a informação da comunidade para a equipe de saúde.

Pelo discurso apresentado, percebe-se que os ACS acabam por exercer a importante função de comunicadores, que os tornam mediadores e elo qualificado entre o serviço de saúde e a população, no sentido de promover a saúde da comunidade. Segundo Sousa (78, 79), eles exercem a função social de estabelecer o diálogo entre as UBS e as famílias a eles vinculadas. E, conforme apresenta Araújo (11), os ACS desempenham um papel de grande relevância neste processo, pois além de ser um elo qualificado para levar as informações de saúde para a comunidade atendida, ele também é um catalisador das demandas de comunicação e informação da comunidade e sua atuação deve estar permeada da dimensão de comunicação, entendida como direito à saúde. Assim como apresenta a autora:

O ACS tem um extraordinário potencial na ampliação desse direito. Ele, em si, é um canal importante de escuta, e esse potencial deve ser desenvolvido ao máximo. Mas ele pode ser também um facilitador do acesso à comunicação, uma vez que, mais do que ninguém, tem a possibilidade de perceber mais as necessidades de comunicação e informação da população.¹⁰¹

No discurso apresentado, ainda percebe-se que os ACS conseguem, mesmo sem se dar conta disto, descrever os elementos básicos que compõem o processo de comunicação: remetente, destinatário, mensagem, entendimento do destinatário e *feedback*. Estes são elementos que compõem um processo bidirecional de comunicação, pois há uma preocupação do ACS com o *feedback* da população e o retorno do processo para o emissor inicial da informação, a equipe de saúde, que neste momento torna-se o destinatário da mensagem, conforme apresenta Corcoran (43):

... entendimento completo do destinatário e feedback para o comunicador. Estas duas últimas variáveis são importantes para a comunicação em saúde, pois implicam comunicação bidirecional, afastando-se assim do

¹⁰¹ Araújo, 2007, p.116-117.

conceito tradicional de comunicação unidirecional, no sentido da comunicação de múltiplas vias.¹⁰²

Assim, eles também passam a compor o modelo de comunicação Todos-Todos de Mendonça (49), uma vez que tomam consciência dos seus papéis de emissores e receptores do processo comunicacional que ora se estabelece conferido em estudos de Paixão et al (80).

No caso de “Comunicação Dirigida”, esta categoria representa 10,34% das respostas apresentadas na definição das ações de comunicação, representada no discurso:

Não precisa só ser uma conversa. É levar a informação através de panfletos, folders, cartazes, sei lá, mesmo que não diretamente à pessoa. A gente vai atrás de coisas... assim, materiais. Aí tudo que a gente tem disponível a gente vai atrás. Mas eu acho que um cartaz ou algum panfleto que você possa dar para pessoa.

Nesta categoria os ACS definem ações de comunicação como levar a informação para população por meio da distribuição e utilização de material impresso com o objetivo de promover a saúde população, produzidos pelas instituições de saúde, como *folders*, panfletos, volantes, cartazes, *banners*, entre outros.

Pode-se verificar, nesta categoria, que os ACS descrevem instrumentos de comunicação utilizados em campanhas publicitárias, que normalmente são desenvolvidas por empresas contratadas pelos órgãos centrais das instituições de saúde. Assim, podemos verificar a predominância de um processo de comunicação unidirecional. Segundo Cardoso (12), apesar de a comunicação assumir uma maior importância na sociedade, na saúde ainda prevalece a ideia de que a comunicação seja apenas a ação de transmitir informação de um polo emissor para um polo receptor e a preocupação está na adequação da linguagem e escolha dos veículos para que se obtenha sucesso. A comunicação é vista como um instrumento que leva a mensagem pronta e acabada, não apresenta preocupação aos contextos de comunicação e aos seus processos, não levando em consideração as desigualdades, as diferentes realidades e interesses sociais, priorizando assim os interesses e objetivos de quem possui o poder de fala e controle do processo.

¹⁰²Corcoran, 2010, p. 3.

Segundo Corcoran (43), esta categoria poderá ser incluída na definição de mídia de massa que, segundo a autora, é qualquer tipo de difusão realizada por meio de rádio, televisão, comunicação impressa ou eletrônica, enviada para a população. Assim, os exemplos apresentados pelos ACS ao definirem esta categoria se enquadram na definição apresentada de mídia impressa, conforme apresenta a autora:

Uma das formas mais comuns de usar a mídia é através da utilização de folhetos. Eles têm mostrado resultados consistentes em aumentar a conscientização acerca da saúde. ... Há pouca evidência que sustente a ideia de que folhetos possam mudar comportamento.¹⁰³

Cabe salientar que esse tipo de veículo para levar informação exige que a população tenha um grau de alfabetização, ou seja, tenha domínio da língua, na forma escrita, para que possa realizar a leitura e compreensão da mensagem transmitida.

Outra definição de ações de comunicação apresentada pelos ACS é “Veículos e/ou estratégias de comunicação” que surge em 6,90% das respostas, de acordo com o discurso apresentado:

Seria assim... por meio de carro de som, essas coisas. Por meio dessas rádios comunitárias, sei lá... de televisão, de rádio, outros tipos de comunicação. Assim, informar a população sobre as ações.

No discurso apresentado, os ACS conseguem identificar os veículos utilizados no processo de comunicação de massa, ou seja, veículos de comunicação que possibilitam levar a mensagem a um maior número de pessoas do que nas demais categorias apresentadas. Apresentam a possibilidade de utilização de veículos de comunicação de grande impacto como rádio (incluindo as rádios comunitárias), televisão e carros de som.

Assim como na categoria anterior, “Comunicação Dirigida”, esta possui as mesmas características apresentadas e, desta forma, se enquadram na mesma categoria relatada por Corcoran (43) como mídia de massa. A diferença está ao tratar da divulgação da mensagem por meio de outra categoria, a mídia audiovisual, que utiliza som e/ou imagem. Conforme apresenta a autora, os veículos de comunicação descritos nesta categoria possuem como característica a habilidade de alcançar grandes grupos populacionais, com a possibilidade de levar a mensagem a

¹⁰³Corcoran, 2010, p. 71.

diferentes tipos de públicos simultaneamente, independente de seu grau de instrução, possibilitando atingir várias pessoas, inclusive aquelas com baixo índice de leitura ou que não sejam alfabetizadas.

E, como última ideia apresentada, está o “Acolhimento”, que aparece em 3,45% das respostas, conforme apresenta o DSC:

Gesticular. O corpo fala, antes de mais nada. Não só a sua boca fala, seu corpo fala. Então quando a gente vai falar com um morador, com um paciente, tem que se mostrar aberto, não só na fala. Tentar mostrar uma feição mais leve. Mais tranquila. Tentar aliar o corpo, a fala, enfim.

Apesar da pouca frequência nas respostas apresentadas, os ACS salientam a preocupação com questões pessoais, principalmente com as atitudes e expressões corporais, aliando-as à comunicação verbal utilizada, como uma forma de facilitar o processo de comunicação ao se mostrarem mais abertos e receptivos para população. Assim, pode-se verificar que apesar de não ser frequente esta preocupação, pelas respostas apresentadas anteriormente, como um elemento que também faz parte do processo de comunicação, podem muitas vezes facilitar o processo de comunicação, o acolhimento e o vínculo com os ACS, assim como o processo de humanização da saúde. A PNH (74) salienta que nos espaços de interação entre equipes de saúde e usuários devem ser considerados vários aspectos:

Precisa dos múltiplos saberes e práticas desenvolvidas por toda uma equipe de profissionais de saúde na relação com os sujeitos “usuários”. Os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. Para isso, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação do que cada um traz, por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades.¹⁰⁴

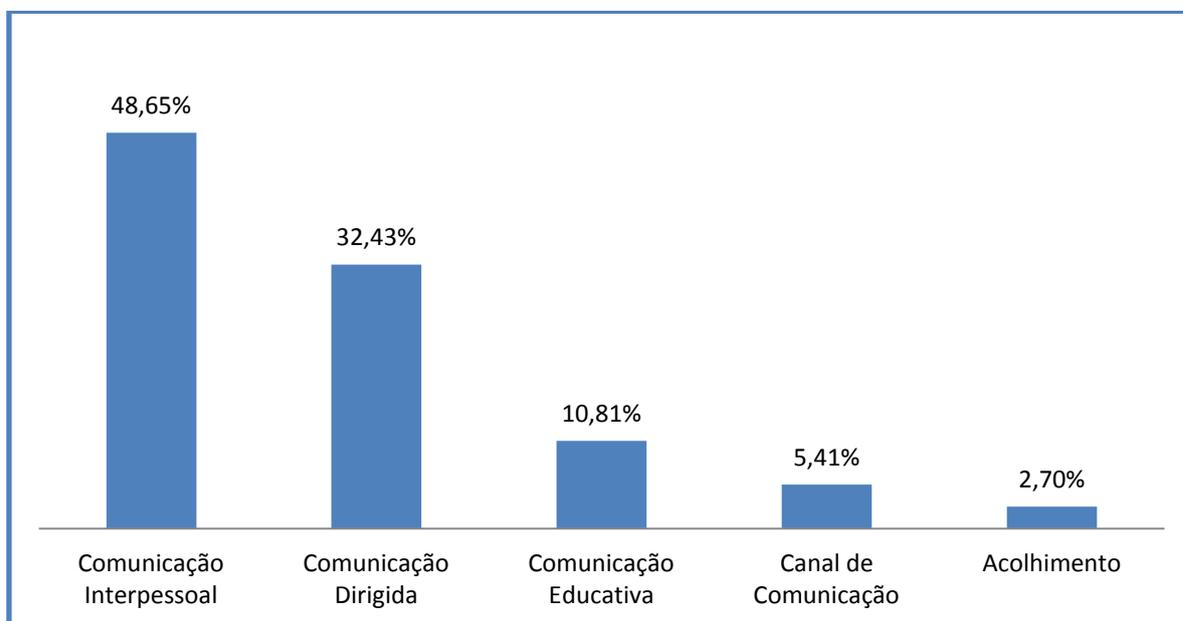
Além disso, as características apresentadas neste discurso é um dos fatores que ajudam a fortalecer o vínculo com a população, pois ajuda a demonstrar o interesse do ACS com a população atendida, humanizando a comunicação entre eles e garantido o seu acolhimento pelo serviço de saúde.

Ao ser solicitado aos ACS que apresentassem as ações de comunicação utilizadas por eles para promover a saúde da população, surgiram 37 respostas que

¹⁰⁴ Brasil, 2009, p. 9-10.

puderam ser classificadas em cinco categorias, conforme apresentam os dados qualitativos no gráfico 5.

Gráfico 5 - Quais são as ações de comunicação que você utiliza para promover a saúde da população?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do *software* Qualiquantisoft (2011).

Ao relatarem as ações de comunicação utilizadas em seu trabalho, somente cinco categorias são apresentadas nas respostas. Como pode ser verificado no gráfico 5, são apresentadas ações de “Comunicação Interpessoal”, com 48,65% de ocorrência em primeiro lugar; seguido por “Comunicação Dirigida”, com 32,43%, Comunicação Educativa, com 10,81%; Canal de Comunicação, com 5,41%; e “Acolhimento”, em 2,70% dos casos. Verifica-se inicialmente a diferença de respostas apresentadas em relação à questão anterior que apresentaram, além das categorias aqui representadas, as categorias “Produção de Conteúdo” e “Veículos e/ou Estratégias de Comunicação”. Outro aspecto importante a ser verificado é que 81,08% das respostas apresentadas ficaram concentradas nas categorias “Comunicação Interpessoal” e “Comunicação Dirigida”, sendo que a primeira delas representa quase a metade das respostas (48,65%).

Nos dados qualitativos apresentados pelos ACS, podemos verificar que ao definirem ações de comunicação relataram a categoria “Comunicação Interpessoal” em 17,24% das respostas, porém, ao descreverem as ações que desenvolvem para

promover a saúde da população, esta categoria é relatada em 48,65% dos casos, que pode ser descrita no DSC:

Seria o próprio agente fazendo a comunicação de tudo que acontece mesmo para população. A gente fica pessoalmente com as pessoas, a gente conversa, orienta, mais conversando com o paciente [sic]. O boca a boca, a minha presença, eu acho que esse boca a boca traz uma interação muito grande.

Então tem a forma verbal. O principal é a visita domiciliar, individual. Que com a visita, a gente vai conhecendo as pessoas, vai conhecendo o pessoal até por nome, já vai sabendo qual a casa que a pessoa mora, quem são as pessoas que moram lá [sic]. Vê se está tudo bem. É mais é a visita domiciliar mesmo. Eu faço a visita domiciliar mensal, ou uma vez por semana, o enfermeiro ou o médico acompanham o agente de saúde até a casa dos pacientes. Nós temos que fazê-las, pelo menos uma vez em cada casa a gente que ir. Ali eu vou orientar sobre tudo.

Marca as consultas para elas e acho que basicamente é isso. Fazer aquele acolhimento, explicar para ele todo o procedimento do posto, o que ele está precisando na hora. O acompanhamento às pessoas, à gestante, ao idoso, ao diabético. Para ver também como é que está. Tem gente que precisa, requer, necessita de mais visita, dependendo do problema também. É um hipertenso? O hipertenso, às vezes, precisa de um acompanhamento mais rígido, como ele deve acompanhar a hipertensão dele, conscientizar que medicação não salva, controla. Aí se, assim, na metade do mês, está muito alta (a pressão), a gente já encaminha para a médica dar uma medicação.

Teve uma época que teve caminhada nas quadras, tinha um professor de educação física, mais ou menos isso. Desse jeito a gente vai passando para população algumas informações.

A gente utiliza muito o grupo, seria grupal. A gente está fazendo agora todo mês um grupo. Antes a gente fazia de dois em dois meses, mas agora a gente está fazendo todo mês. E participo dos grupos também, palestras, tudo isso. Promovendo palestras, a gente reúne o pessoal da comunidade e faz palestras para eles, pelo menos uma vez por mês. No caso de palestras para orientar a população. E o que mais atua mesmo é nas palestras, as orientações com a população. Levando as informações para eles. Tem também terapia ocupacional.

Pode-se verificar que este tipo de ação é bastante utilizada pelos ACS em sua prática diária de trabalho, ao ser relatada em mais da metade das respostas apresentadas. Nesta categoria, conforme discurso apresentado, verifica-se o desenvolvimento de ações que permitem maior interação com as pessoas, permitindo conhecer a comunidade, sua realidade e condições de saúde. Nesta categoria é apresentada a comunicação verbal, o boca a boca com a comunidade, que pode ocorrer por meio de visitas domiciliares, palestras, grupos, caminhadas, terapias, ou seja, todas as formas possíveis de passarem informação para a população.

Esta categoria, além da importância ressaltada em sua definição, apresentada na questão anterior, é relatada na PNAB (10) ao definir as ações que devem ser comuns a todos os profissionais de saúde da Atenção Básica, incluindo os ACS, que acabam sendo citadas como exemplos das ações desenvolvidas no discurso apresentado acima.

Também observa-se que os exemplos citados nesta categoria englobam quase a totalidade de exemplos citados quando questionados sobre as ações de promoção da saúde que desenvolvem em sua prática diária, referente à questão da entrevista aplicada. Somente não se relaciona com a categoria “Suporte”, apresentada como uma das respostas para ações de promoção da saúde desenvolvidas.

Apesar da categoria “Comunicação Dirigida” ser relatada somente em 10,34% das respostas ao definirem ações de comunicação, aparece em segundo lugar ao apresentarem as ações de comunicação desenvolvidas na comunidade, com 32,43% das respostas, descrita no discurso:

Então, nós utilizamos as informações sobre saúde, por exemplo, agora a gente está na época bem propícia ao mosquito da dengue. Então, a gente leva panfleto. A gente tem o suporte aqui do posto, aqui todo dia está chegando panfletos pra gente. Então, assim não falta. A gente sempre tem os folderzinhos, os adesivos. Se você for ali no quartinho, tem um monte de adesivos, de papel, e a gente leva tudo isso às pessoas. A gente faz muito, o Ministério manda e a gente coloca, tanto que quando a gente coloca, eles já sabem que o ACS passou por ali. Às vezes um panfletinho ali para sempre estar lembrando a pessoa tem uma eficácia.

É isso mesmo, a panfletagem, os folders. Às vezes a gente usa os folders. A gente entrega folders, produzidos pelo próprio Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde, tem alguns órgãos também, tipo Delegacia da Mulher. Esses órgãos de proteção à mulher, contra drogas também. Eu peço da administração. E aí a gente distribui esses folders.

No nosso centro de saúde aqui são os cartazes, os folders, que a gente utiliza bastante. A gente usa panfletos, a gente usa banner, a gente usa assim, cartazes, que a própria secretária de saúde envia pra gente estar colando na comunidade. Às vezes a gente coloca também em igrejas, até em postes a gente já colocou. Banner no início foi usado muito.

No DSC apresentado nesta categoria, podemos verificar que os ACS utilizam bastante a mídia impressa para poder levar a informação à população, por meio da distribuição de *folders*, panfletos, cartazes, *banners*, entre outros. Eles não participam de sua elaboração, nem de seu planejamento, que fica a cargo das

instituições responsáveis pela gestão da saúde, seja em nível local ou nacional, apenas distribuem o material produzido para a população.

Por um lado, pode-se constatar a utilização de material de grandes campanhas publicitárias produzidas para prevenir determinadas doenças, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde ou pela Secretaria de Saúde. Mas por outro, verificamos a influência do ACS no desenvolvimento de ações deste tipo, ao verificarem a necessidade de informação da comunidade, inclusive sobre assuntos não relacionados diretamente com a saúde, e buscarem outros materiais informativos para serem distribuídos para população. Esta categoria está diretamente relacionada com a definição de ação de comunicação que relatada esta mesma categoria, na questão anterior e com a categoria “Distribuição de Material”, apresentada como ações desenvolvidas na promoção da saúde da população, apresenta anteriormente no gráfico 3.

Conforme apresentado anteriormente, este tipo de comunicação não é destinada a todos os públicos, excluindo todos aqueles que não possuem um bom índice de leitura e compreensão do conteúdo, assim como aqueles que apresentem algum problema de visão. Assim como, é produzida considerando para definição de público os dados epidemiológicos e acabam se destinando a um público generalizado.

Apesar da categoria “Comunicação Educativa” representar 20,69% das respostas apresentadas em sua definição, ao exemplificarem em ações de comunicação, esta categoria aparece somente em 10,81% das respostas, conforme descrito no DSC:

Orientar as gestantes, sobre planejamento familiar, atendimento de crianças, idosos, hipertensos e diabéticos. A gente dá várias orientações sobre dengue. A gente está ali, observa as plantas, as coisas, e sempre instruindo a população a fazer as coisas corretas, para que nem a pessoa daquela casa seja prejudicada, nem o vizinho. Então é na boca. Estar passando o conhecimento também para população. Então a gente procura, na medida do possível, como falar, explicar. Então, eu procuro dar mais orientação nesse sentido. Para hipertensos, diabéticos que não pode [sic] deixar de tomar o remédio.

Têm várias formas de comunicação. Que nem assim, para lidar com criança a gente usa teatro. Com diabético a gente faz mesas de café da manhã, para tentar estar levando uma reunião mais light. Uma forma de mais tranquila, entendeu? Do que o posto de saúde tem para passar, então assim o que a gente trabalha na comunidade, tenta fazer uma coisa diferente, até para segurar o público mesmo. (retirado de comunicação interpessoal)

Nesta categoria os ACS apresentam como ações utilizadas para a orientação, passar o conhecimento e instruir a comunidade de forma verbal, de forma que seja agradável e prazerosa para a população, acontecendo por meio de conversas, teatro e mesas de café da manhã, e pela observação do ambiente em que vivem e dentro da realidade deles, poder passar esse conhecimento. Verifica-se também a preocupação do ACS em instruir a população, não somente para a saúde individual, mas para a saúde de toda a comunidade. Também apresentam a preocupação em atender a toda a população.

Assim como apresentado nas três questões anteriores, nas categorias “Comunicação Educativa” e “Educação”, pode-se verificar um forte caráter educativo neste discurso, na orientação da população e na busca de encontrar as melhores formas de se levar a mensagem, a informação, de forma que a população possa compreendê-la.

A categoria “Canal de Comunicação” aparece em apenas 5,41% das respostas para exemplificar as ações de comunicação desenvolvida, diferente da questão anterior em que ocorre em 17,24% das respostas. Esta categoria é representada pelo DSC:

É a conversa com a paciente, conversa informal, porque o paciente não vai entender os termos rebuscados da saúde. Às vezes a gente tem que traduzir o que o médico fala para o paciente e traduzir o que o paciente fala para o médico. Então é ser esse comunicador do paciente. Ser um intermediário. As perguntas que a gente faz à população, de como é que está, se tem alguém que tem algum problema de saúde, se tem pressão alta. Vou lá escuto, aí a gente tenta trazer para equipe e resolver os problemas, entendeu? Tudo assim, aquele canal.

No discurso apresentado, assim como definiram esta categoria na questão anterior, relatam o papel do ACS de ser um intermediário entre a UBS e o usuário. Entendem a necessidade de conversar com o paciente, verificando sua necessidade de informação e de saúde e, ainda, buscam a solução junto ao restante da equipe da unidade. Conforme apresentado pelo Ministério da Saúde (9), o ACS é uma extensão dos serviços de saúde dentro da comunidade e acrescenta-se que, por fazer parte da comunidade, conhecendo a sua realidade e necessidades, acaba também sendo uma extensão da comunidade no serviço de saúde.

Esta categoria tem relação com as ações utilizadas para promover a saúde da população, podendo ser utilizada nas visitas domiciliares, nas conversas, na distribuição de material, na educação da população e na marcação de consultas.

A categoria “Acolhimento” é relatada em apenas 2,70% das respostas ao apresentarem as ações de comunicação utilizadas em suas práticas de trabalho, conforme DSC:

Eu uso da verdade, da transparência com eles, do respeito também, aí você tem que está agindo assim, com a verdade, com a transparência, respeitando cada um, assim.

Apesar de não relatarem exemplos de atividades desenvolvidas, como pode ser identificado no discurso apresentado, nesta categoria são descritas as aplicações de qualidades pessoais, como o respeito, a verdade e a transparência ao se comunicar com a população, que representam características da personalidade que qualificam o trabalho de comunicação desenvolvido. Estas características, conforme apresentadas nas duas questões anteriores – definição de ações de comunicação e ações de promoção da saúde utilizadas –, facilitam o vínculo com a comunidade, além de ser apresentadas em várias políticas e publicações do Ministério da Saúde (10, 9, 74).

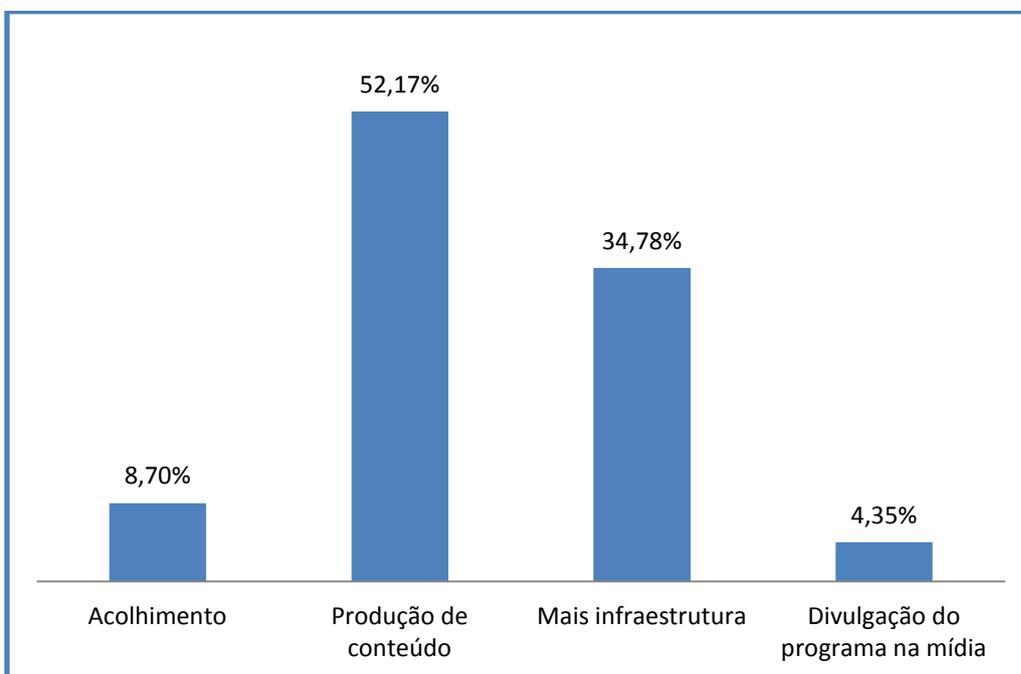
Um fato importante foi verificar que apesar de apresentarem como definições para o conhecimento de “Veículos e/ou Estratégias de Comunicação”, esta categoria não aparece nas respostas ao identificarem as ações desenvolvidas. Isto pode ocorrer, pois a definição, o planejamento e a produção deste tipo de ação dependem, em maior parte, de decisão de áreas ligadas à direção da Secretaria de Saúde, de outras instituições ou instâncias da gestão da saúde, não estando ao seu alcance este tipo de decisão.

Já a categoria “Produção de Conteúdo”, apesar de não ser citada como ação de comunicação desenvolvida pelo ACS, pode ser verificada no desenvolvimento de outras categorias de ações apresentadas como “Comunicação Educativa” e “Canal de Comunicação”.

Ao ser solicitado aos ACS que apresentassem o que seria para eles um processo de comunicação eficaz, surgiram 23 respostas para esta questão. Apesar de apresentarem sete ideias centrais para definir o conceito de ações de

comunicação na pergunta 3, nesta apresentaram somente quatro conceitos, conforme apresentado nos dados qualitativos representados no gráfico 6.

Gráfico 6 - Em seu entendimento, o que vem a ser um processo de comunicação em saúde eficaz junto à população?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do *software* Qualiquantisoft (2011).

Com base nas 23 respostas apresentadas, pode-se perceber no gráfico que os ACS apresentaram o conceito de “Produção de Conteúdo” em mais da metade das respostas (52,17%), seguido de “Mais infraestrutura” que surge em 34,78% das respostas. Importante salientar que estas duas ideias centrais perfazem 86,95% das respostas. Já as categorias que aparecem com menor frequência são “Acolhimento”, em 8,70%, seguida por “Divulgação do programa na mídia”, em 4,35% das respostas apresentadas.

Já pela análise qualitativa dos dados apresentados, verifica-se que a ideia central com maior frequência de ocorrências é “Produção de conteúdo”, com 52,17% das respostas, que pode ser representada pelo DSC:

Comunicação de saúde eficaz para a população, acho que é aquela em que você se preocupa em fazer se entender. É a gente ter o conhecimento necessário para passar para população e passar esse conhecimento para da forma que ela venha entender, da melhor maneira possível, mais clara, objetiva. Sem muito termo técnico. Você tem que falar de uma forma que eles entendam. Você tem que ser o mais simples possível. Quando a gente consegue passar a mensagem e o receptor, que é a população, entende.

Toda a equipe de saúde saber o que está acontecendo na comunidade e se mobilizar para explicar, para tentar levar para comunidade a melhor informação, do jeito que ela melhor entenda, para a comunidade ser melhor atendida.

Eu acho que para ser uma comunicação eficaz a gente tem que ver se o receptor conseguiu absorver o que a gente falou. Muitas vezes a gente fala uma coisa e a pessoa entende outra. Ver se entendeu realmente o que você quer passar para ela. E você tem que se adequar também ao seu paciente. Além de eu conhecer a realidade do pessoal lá, tento converter as informações que eu obtenho aqui no posto. É assim. Aí é onde tem que ver muito cada paciente. Você saber colher a informação e saber transmitir ela [sic], passar essa informação. De uma forma transparente, verdadeira, que nem as palavras que a gente usa, de respeito também com eles, então tem que saber levar. Isso é um processo. Tem que ver o paciente, entender o melhor possível, bem explicado para que ele possa entender a mensagem, para que chegue a um resultado positivo. Se é um paciente com menos instrução, então você vai ter que usar uma linguagem mais simples. Aquele termo mais difícil, você tem que procurar a maneira mais fácil de falar para que ele entenda. No caso assim, é a maneira da gente passar para a população, a maneira mais fácil.

Olha, além disso que a gente faz, eu não sei se poderia rolar uma outra maneira não. Porque o que a gente faz é orientar e é isso que a população precisa. A gente leva tanto o falado, quanto impresso. Então, assim, eu acho que é a conversa mesmo com o paciente, estar ali todo dia, conversando, explicando. Esse é o processo mais eficaz.

O que a gente mais faz, são realmente as palestras, as visitas. Você faz a pessoa te ouvir, tanto na casa, a gente visitando, a gente conversando muito, quanto nos grupos. Ali a gente tira todas as dúvidas. É tanto que a gente faz grupos com poucas pessoas. Então menos pessoas, eles aprendem mais, prestam mais atenção. Assim eu acho que é eficaz quando a gente está lá passando a palestra, a gente fala, aí as pessoas vão ao grupo e a gente vê que a pressão e a glicemia estão controladas, que a pessoa está seguindo as orientações que a gente está dando direitinho. A gente vê que o que a gente está fazendo está dando algum resultado. Eu acho que isso é uma eficácia. Que a pessoa está se mantendo, indo às palestras e está escutando. Porque a gente vê que a orientação que a gente está passando, está ajudando eles em alguma coisa. Eu acho que isso é uma comunicação eficaz.

No meu entendimento é quando a gente vê resultados. Então não é uma coisa assim, a pessoa tem que estar ciente, eu chego e falo a realidade, pode acontecer com seu filho, ele pode nascer assim. Eu acho que seria uma comunicação correta, ser o mais simples possível para que o paciente possa entender, para que no final chegue um bom resultado. É isso que eu entendo como uma comunicação eficaz. Eu acho que isso é um processo eficaz.

No discurso apresentado, pode-se perceber que os ACS apresentam para esta categoria a transmissão do conhecimento necessário a ser repassado para população, por eles e toda a equipe da UBS. Este processo pode acontecer por meio da comunicação verbal ou impressa, individualmente ou em grupo. Acrescentam que o conhecimento deve ser transmitido de forma clara e objetiva, de uma maneira que as pessoas possam entender, enfatizando a importância de

conversarem com as pessoas, orientando e esclarecendo as suas dúvidas sobre saúde. Para que isto ocorra, salientam a importância de se conhecer o receptor da mensagem para garantir que o conteúdo possa ser compreendido, sendo um fator importante a comunicação quase individualizada, que ocorre na visita domiciliar, e que também pode ocorrer na realização de palestras e grupos com um número reduzido de pessoas.

O conceito aqui apresentado é bastante similar ao conceito apresentado ao definirem ações de comunicação na questão 3 da entrevista, na categoria que possui o mesmo nome. Assim como na questão anterior, os conceitos apresentados por Corcoran (43), ao abordar modelos e teorias de comunicação para promoção da saúde, e por Araújo (11), ao apresentar a teoria de “comunicação em duas etapas”, se aplicam também a esta categoria. Porém, os ACS salientam uma nova informação ao conceito, que não aparece anteriormente, que é verificar o resultado da informação passada: a real melhoria da saúde dos usuários, principalmente dos portadores de doenças crônicas. Ou seja, colocam como retorno ao emissor da mensagem (*feedback*) no processo de comunicação, a melhoria do estado de saúde. Assim, pode-se verificar que ocorreu uma mudança de atitude e comportamento da população que, segundo Corcoran (43), as atitudes possuem um papel central na prática da promoção da saúde, uma vez que estão ligadas a crenças e valores, e acrescenta:

Há uma variedade de estratégias que foram descobertas para influenciar e mudar atitudes. Estas incluem legislação, ensinar habilidades e desafiar atitudes existentes através de uma multiplicidade de métodos como educação de grupo.¹⁰⁵

Nesta questão surge uma nova categoria “Mais infraestrutura” em 34,78% das respostas apresentadas, conforme descrita no discurso:

Seria uma comunicação a qual assegurasse ao paciente o direito da consulta, o direito de exame, sem a burocracia. Seria mais eficaz se todas as equipes tivessem médico, enfermeiro e técnico. Se tivesse uma equipe completa ficaria melhor. Porque aí já tem um suporte melhor, uma equipe completa atende melhor a população. Que realmente funcionasse, com as equipes todas completas, por quadra. Isso, fora as informações que a gente leva. A gente leva muita informação, e a gente traz muita coisa também. A pessoa falando direto, tipo o médico, o enfermeiro, sempre, sem usar um terceiro. Assim tipo diretamente, que eu acho que seria mais eficaz. Se precisar de um médico, aí seria mais direto no médico, ou assim as coisas que o enfermeiro pode, ou o técnico ou o ACS, sempre assim diretamente.

¹⁰⁵Corcoran, 2010, p. 41.

Mais material para gente trabalhar mesmo, botar em plano aquelas casinhas, que o plano do PSF é botar aquelas casinhas nas quadras, que é onde haveria uma comunicação melhor. Essas são as bases, as UBS's. Se houvesse as UBS's a comunicação seria quase que completa.

Isso que a gente está realizando, mais o apoio de uma entidade maior. Então falta mais é apoio mesmo do pessoal interno, quanto também do governo. Ter suporte. Que não adianta nada a gente estar lá visitando, orientando, e muitas vezes a comunidade vir aqui e não conseguir o que realmente ela precisa.

É uma comunicação também. Porque, tipo assim, é uma comunicação que ela não está interagindo totalmente, entendeu? Quer dizer, há um bloqueio. Eu creio que é comunicação também. É uma comunicação que está sendo interrompida. No momento que a gente vai lá na comunidade é uma comunicação de saúde. Só que essa comunicação quando chega aqui no guichê, no especialista, ela é barrada. A comunicação mesmo literal, ela acaba tendo um bloqueio, acaba tendo um choque com a comunidade. A comunicação não é legal em função disso, porque você marca um exame aqui no posto, você coloca o nome da pessoa na lista, lista essa, que outra pessoa liga, comunica que vai fazer o exame tal dia e quando o paciente chega o aparelho está quebrado, entendeu? Dentro de uma empresa que você poderia muito bem colocar um DVD dentro de uma TV explicando onde que funcionam as estruturas do posto. Têm pessoas que não sabem ler, mas elas têm noção de vida, têm noção espacial, elas têm noção de convivência.

Deve ter primeiro trabalho em equipe, antes de mais nada. Informação. Trabalho em equipe aliado ao direito à informação. Conhecimento e trabalho em equipe. Então se o médico me passa o que ele sabe e eu passo para ele o que eu aprendi na vivência, na comunidade, a gente pode propor melhorias, para revolucionar o sistema. Informatizar o sistema. Que eu acho a coisa muito informal, o que não é 'preto no branco' não é dado para o estado, então tem que ter uma informatização, tem que ter mais recurso assim direcionado.

Conforme os discursos dos ACS, verifica-se que eles ao buscarem apresentar uma definição para o processo de comunicação eficaz, não chegam a fazê-lo diretamente, uma vez apresentam aspectos relativos a questões de infraestrutura necessário para que o processo de comunicação possa ocorrer. Apresentam a necessidade de se fazer cumprir um dos princípios constitucionais, a garantia da “saúde enquanto um direito de todos e um dever do Estado”. Neste contexto, descrevem que, além do que já fazem no desenvolvimento de seu trabalho, que é levar a informação para a comunidade e o seu conhecimento da população para a equipe de saúde, bem como a troca de informação entre os integrantes da equipe, que possibilitaria a realização de um trabalho integrado enquanto equipe, com melhor infraestrutura, suporte e apoio para o seu desenvolvimento.

Para que isto ocorra, torna-se necessário ter a unidade de saúde mais próxima da população, com as equipes de saúde completas, garantindo, assim, o

acesso à saúde e à informação de qualidade que necessitam, seja realizado diretamente com quem possa melhor esclarecê-las, com o apoio institucional que disponibilize material de apoio para o desenvolvimento do trabalho e a informatização do sistema, eliminando a burocracia dos processos. Assim, consideram uma comunicação eficaz, não somente o processo de compartilhar a informação com a comunidade, com a equipe e entre seus integrantes, mas toda a estrutura que este processo necessita.

Desta forma, podemos verificar que várias das questões apresentadas no DSC para esta categoria estão contempladas em algumas das políticas do Ministério da Saúde para o SUS. Com relação ao direito à saúde, além da Constituição Federal (2), esse direito também é tratado na Política Nacional de Humanização (PNH) (74), que deve ser garantido por meio do acesso à equipe de Atenção Básica:

A saúde, compreendida como direito universal, indica que cada pessoa tem direito de acesso a uma equipe de atenção básica que lhe cuide, com capacidade de se corresponsabilizar pelos problemas individuais e coletivos de saúde e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças.¹⁰⁶

Para que isto ocorra é preciso estar garantida toda a infraestrutura necessária para o desenvolvimento das ações de Atenção Básica, conforme define a PNAB (10) ao tratar da estrutura que deve existir para implantação de suas equipes:

II - Infraestrutura incluindo área física, equipamentos e materiais disponíveis nas UBS onde atuarão as equipes, explicitando o número e o local das unidades onde irão atuar cada uma das equipes.¹⁰⁷

A ideia central “Acolhimento” representou 8,70% nas respostas dos entrevistados, conforme apresenta o discurso:

Bom, tem a historia do acolhimento, aonde o paciente quer que chegasse, ele fosse bem recebido [sic]. Se um paciente vem ao centro de saúde, ele vem à procura de algo, se ele conseguiu ser respondido eu acho que foi eficaz, mesmo que ele não tenha sido atendido. Às vezes é uma informaçãozinha que ele tem que dar, ou, às vezes até o médico mesmo, é uma palavra, alguma coisa assim e não dá. Porque tem paciente que vem querendo uma consulta, ele não tem aquela consulta naquele dia, a gente chega e explica como é que é marcado. Ele não conseguiu, só que ele saiu sabendo como que vai ser, como ele vai procurar para fazer. Que dia que ele vai retornar. Ele teve uma resposta. Respondeu às perspectivas dele, mesmo que não seja na hora. Tem hora que eu penso assim, todo mundo tinha que fazer um curso de humanização, é o acolhimento em si, tinha que fazer para poder tentar se colocar no lugar do outro. Falta muito boa vontade no meio de todo mundo.

¹⁰⁶ Brasil, 2009, p. 9.

¹⁰⁷ Brasil, 2011.

No discurso dos ACS apresenta a ideia de acolhimento, principalmente no atendimento do usuário por todas as pessoas que trabalham na unidade de saúde. Este acolhimento está relacionado com a humanização do atendimento oferecido na UBS por todos os profissionais que nela trabalham. Desta forma, mesmo que a necessidade dele não seja atendida como desejava, que ele possa ser bem recebido com um atendimento humanizado, com as equipes da unidade se colocando no lugar dele e conversando, prestando atenção nele e possibilitando que saia do serviço de saúde com alguma informação útil.

Esta categoria também aparece nas questões anteriores, em que definem ações de comunicação e apresentam aquelas que são desenvolvidas, porém apresentam um significado diferente do conceito apresentado anteriormente, onde relatam qualidades pessoais. Já no conceito aqui apresentado para acolhimento é descrito pela PNH (74):

... se caracteriza como um modo de agir que dá atenção a todos que procuram os serviços, não só ouvindo suas necessidades, mas percebendo aquilo que muitas vezes não é dito.

O acolhimento não está restrito a um espaço ou local. É uma postura ética. Não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, implica compartilhamento de saberes, necessidades, possibilidades, angústias ou formas alternativas para o enfrentamento dos problemas.¹⁰⁸

A PNAB (10) também apresenta a participação no acolhimento dos usuários que deve ser realizado pela escuta qualificada das necessidades de saúde e proporcionando assim o atendimento humanizado, viabilizando o vínculo e buscando garantir a atenção integral à sua saúde, como atribuição de toda a equipe de Atenção Básica.

Já a categoria “Divulgação na mídia”, é a que aparece com menor frequência, somente 4,35% das respostas apresentadas, podendo ser descrita no DSC a seguir:

Mais divulgação, que com a divulgação o pessoal ficaria mais interessado do trabalho. Acho que muitas pessoas também não sabem desse programa. Uma boa parte da população, mas deveria ter mais comunicação. Uma propaganda sobre o assunto para a população.

Neste discurso, os ACS descrevem os conceitos apresentados nas questões anteriores no tema “Comunicação Dirigida”, que é descrito por Corcoran (43) como mídia de massa, mas aqui surge como uma forma de divulgar o programa para a

¹⁰⁸ Brasil, 2009, p. 17-18.

população conhecer o trabalho desenvolvido e as possibilidades que apresentam ao cuidado da saúde da população.

Apesar de apresentar a promoção da mobilização e da participação da comunidade, a PNAB não apresenta como competência das três esferas de gestão, nem como atribuição das equipes de Atenção Básica, a responsabilidade pela divulgação do programa e o seu funcionamento para a população.

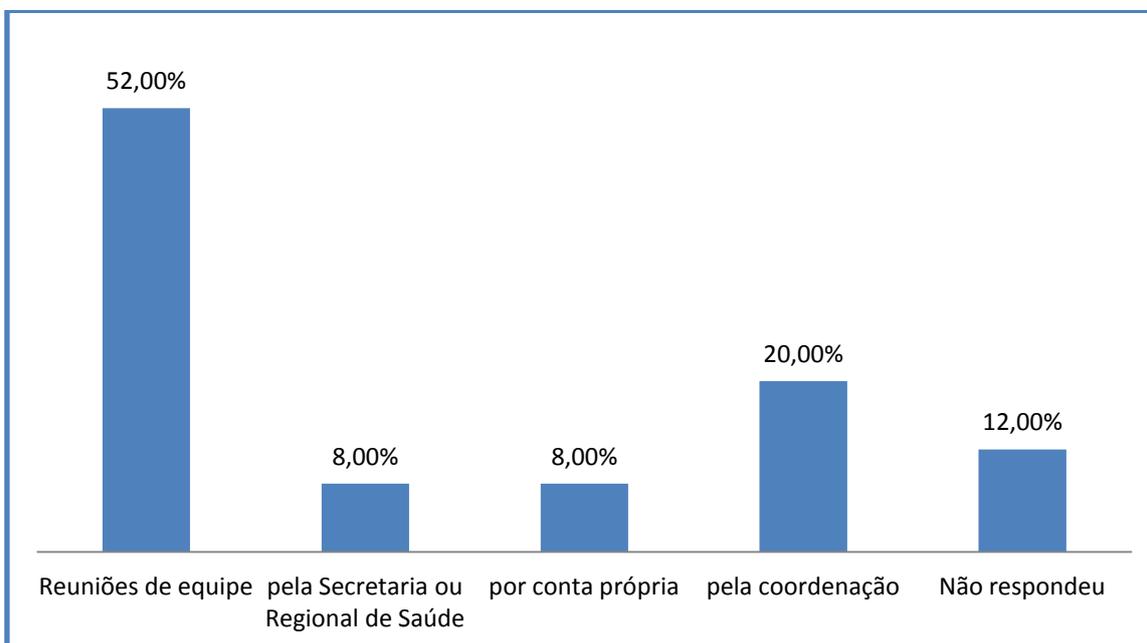
Assim, verifica-se que nas categorias apresentadas como resposta para esta questão, definição de processo de comunicação eficaz em saúde, conforme mencionado anteriormente, os conceitos de “Produção de Conteúdo” e “Mais infraestrutura” representam a maior parte das respostas apresentadas (86,95%). Outro aspecto importante é que somente as ideias centrais “Produção de Conteúdo” e “Acolhimento” aparecem em ambas as perguntas que solicitam a definição de comunicação, nas perguntas 3 e 8. Também é importante salientar a visão do ACS sobre este tema de forma ampliada, ao relatarem, além das formas que consideram ideal de comunicação eficaz em saúde, a descrição de toda a infraestrutura necessária para que esta ocorra, que pode incluir desde o desenvolvimento de aspectos pessoais dos integrantes das equipes de Atenção Básica, assim como toda a estrutura física necessária para o seu pleno desenvolvimento.

6.2.2 Planejamento e Qualificação das ações

Neste item, foram agrupadas as respostas para as perguntas que abordavam a definição e planejamento das estratégias de comunicação a serem utilizadas no desenvolvimento do trabalho dos ACS e o que eles fazem para melhorar as ações de comunicação com o objetivo de qualificar o seu trabalho, referentes às perguntas 5 e 6 da entrevista realizada.

Ao buscar se entender como ocorre o processo definição e planejamento das ações de comunicação, os ACS apresentaram 26 respostas, que foram agrupadas em cinco Ideias Centrais, conforme apresentado no gráfico a seguir com os resultados qualitativos para esta questão.

Gráfico 7 - Como são definidas e planejadas as estratégias de Comunicação a serem utilizadas para o desenvolvimento de seu trabalho junto aos usuários atendidos?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do software QualiQuantisoft (2011).

De acordo com os dados apresentados no gráfico 5, pode-se perceber que a grande maioria das respostas (52%) concentraram-se na categoria “Reuniões de equipe”. No entanto, 48% das respostas foram apresentadas em quatro outras categorias: “Pela coordenação” (20%), em 12% dos casos os entrevistados não responderam a pergunta, seguidos de “Pela Secretaria ou Regional de Saúde” e “Por conta própria”, com 8% de frequência para cada uma das respostas.

A categoria “Reuniões de equipe” é a categoria que aparece com a maior frequência de respostas (52%), que deram origem ao DSC:

Coletivamente, na equipe. É planejada pela equipe, define dentro da própria equipe. Nós temos reunião de equipe, normalmente é uma vez por mês, e dependendo da necessidade a gente faz até mais vezes, depende muito, ali a gente discute e tal. A gente em reunião vê qual a melhor forma de trabalhar. Na verdade, assim... a gente como equipe vê essa necessidade. E ali a gente traça uma maneira de como a gente vai interagir ou comunicar com a comunidade para levar a saúde, tentar levar saúde. Com todos para gente [sic] reunir e ver o melhor possível para a população. E as reuniões de equipe, onde a gente vê o que está faltando mais, o que está precisando mais para a população. A gente decide isso e entra em prática. A gente discute o que a gente está encontrando dentro da comunidade e avalia em grupo qual a melhor forma de atingir a maior quantidade de gente da população e define o que vai fazer no mês, ou então no ano. Nessa reunião da equipe a gente planeja tudo que vai fazer, às vezes no ano, às vezes no mês.

A gente senta com o coordenador que passa o assunto e a gente discute como que vai ser feito, como deve ser feito. A equipe planeja junto com o enfermeiro, o médico, a auxiliar e os agentes da equipe. Então a gente senta, conversa, vê o que é necessário na quadra. Então a gente planeja antes o que a gente vai falar esse mês e para quem. Qual o grupo de pessoas. Então a gente planeja antes. A gente faz o grupo, tem a enfermeira, e a gente define: a palestra vai ser sobre diabetes. Então vamos voltar tudo para o diabético. A nutricionista vai para a reunião da equipe para desenvolver. Através das reuniões aí depois a gente faz a comunicação através das visitas domiciliares [sic]. A gente vai junto com o enfermeiro, vai levando as informações.

A gente tem uma reunião de equipe, pelo menos uma reunião de equipe por mês. Mas assim, é muito pouco. O posto tem reuniões, quase que mensais, onde a gente debate o que pode ser feito. Às vezes a gente tem que focar numa coisa.

No discurso exposto percebe-se que toda a definição e o planejamento das ações de comunicação a serem utilizadas na comunidade são decididas de forma coletiva, em reunião, com a participação de todos os integrantes da equipe de saúde. Estas reuniões são realizadas pelo menos uma vez ao mês, mas, conforme relatado, podem ocorrer com maior frequência, de acordo com a necessidade percebida pela equipe de saúde. Nestes encontros são levantadas as necessidades da população, avaliados os grupos de maior interesse que devem ser alcançados, e qual a melhor forma de fazê-lo. A partir das definições do grupo as ações são colocadas em prática. Pode-se perceber, ainda, que o coordenador da equipe é quem mais introduz o assunto a ser abordado na reunião e permite que os demais integrantes possam apresentar as necessidades verificadas na comunidade. Ainda percebe-se que a condução da reunião de equipe é de responsabilidade de seu coordenador, que pode, se desejar, optar por outro formato de planejamento que não seja o coletivo.

A realização de reuniões de equipe para discussão em conjunto do planejamento e avaliação das ações desenvolvidas pela equipe, utilizando os dados disponíveis, está prevista na PNAB (10) como uma das atribuições dos membros da equipe da Atenção Básica. E ainda apresenta que a equipe deve acompanhar e avaliar as ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho, pois o acompanhamento e a avaliação são importantes para o processo de planejamento das ações. Neste sentido a PNAB (10) apresenta como característica da equipe apresenta:

IX - participar do planejamento local de saúde assim como do monitoramento e a avaliação das ações na sua equipe, unidade e

*município; visando à readequação do processo de trabalho e do planejamento frente às necessidades, realidade, dificuldades e possibilidades analisadas;*¹⁰⁹

Em 20% das respostas foi apresentada para a categoria “Pela Coordenação”, em que relatam que a definição das ações é realizada pela coordenação da equipe ou pela gerência do posto, de acordo com o DSC:

Nós temos o coordenador de equipe e temos a regional, mas geralmente o coordenador de equipe já faz esse controle. A enfermeira ou o médico sempre tem uma reunião de qualificar, para estar qualificando a gente sobre determinado assunto. Por meio dessas reuniões, visitas, panfletos. Dessa forma, assim... tem uma reunião da equipe, aí é onde o enfermeiro define o que vai ser feito.

Quem decide é a doutora. Então ela define, ela dá o dia que a gente [sic], o dia que dá prá fazer a agenda. Nós temos a médica. Aí ela vai nos orientar, o que a gente tem que seguir, sempre ela que vai marcar, a qualquer momento a gente tem acesso de falar com a doutora, que é a nossa chefe. Têm palestras com a gerente do posto, com os coordenadores de equipe, entendeu?

Relatos de 20% dos ACS revelam que as ações a serem executadas na comunidade são definidas e planejadas pela coordenação da equipe ou pela gerência do posto de saúde. Apesar da PNAB (10) definir que todos os integrantes da equipe devam participar do planejamento, monitoramento e avaliação das ações, percebe-se no discurso que em algumas situações ainda prevalece o modelo de planejamento centralizado na coordenação da equipe ou da UBS, o que dificulta a criação de um processo de planejamento mais participativo, bem como impede um processo de aprendizagem por parte da equipe de saúde, pois de acordo com a política, deve-se garantir a educação permanente das equipes de saúde como importante estratégia de gestão.

Conforme pode se verificar no gráfico, 12% dos entrevistados “não responderam” como são definidas e planejadas as estratégias de comunicação, como pode ser visto no discurso apresentado:

A gente tinha um programa de educação continuada, daí que parou agora um tempo. Mas toda sexta a gente tinha um plano de ação continuada aqui. Aí as enfermeiras davam as palestras para gente, instruíam como é que a gente ia abordar essas famílias, os temas. E os métodos abordarem essas famílias. Falar com elas como que era, aquela coisa, um modo mais simples. Bem simples.

A gente programa tudo. Quem faz as palestras é o enfermeiro. O agente de saúde sai às ruas para fazer o convite, no caso hipertenso e diabético, ou

¹⁰⁹ Brasil, 2011.

as prioridades que eu estou falando, as crianças, menor de dois anos, ou as gestantes. A gente vai, convida elas [sic], de casa em casa, e aí marca o local. E lá o enfermeiro vai dar a palestra, ele é que vai passar as informações, nesse caso aí.

Como apresentado no DSC, parte dos ACS entrevistados não responderam como são definidas e planejadas as ações de comunicação, apenas relataram alguns programas de educação continuada que existiam anteriormente, ensinando a forma de abordar e como falar com as pessoas na comunidade e descreveram como as ações são realizadas na prática, sobre a organização das ações.

Já em 8% das respostas foi relatado que a definição e planejamento das ações é feita pelas instituições de saúde, como “pela Secretaria ou Regional de Saúde”, conforme discurso apresentado:

Isso vem lá de cima pela própria Secretaria de Saúde. A gestão regional é mais quando é uma coisa assim, é um dia de trabalho, é uma ação, como eu te falei, de dengue, DST, essas coisas, aí geralmente é o nosso dia a dia mesmo.

Pelo discurso, conforme os exemplos citados (Dengue, DST), pode-se verificar que o caso relatado ocorre em situações pontuais, principalmente em grandes campanhas, nacionais ou intervenções locais, que podem estar ligadas às campanhas ou não. Cabe salientar que estas ações, quando definidas por instâncias superiores da gestão, não retiram a autonomia da unidade de saúde, nem de suas equipes de adequarem e qualificarem o trabalho proposto para a realidade local, que pode acontecer tanto pela forma de levar a informação, como pela definição de públicos de interesse e a estratégia de intervenção.

Apenas 2% dos ACS relataram que a definição e o planejamento das ações ocorrem “por conta própria”, como pode ser verificado no DSC apresentado, mas apenas em situações pontuais:

Só que a gente encontra dificuldade em entrar na casa das pessoas, então a gente vai desenvolvendo por conta própria. Eu acho que é isso, mas é na prática também.

Conforme relatado no discurso dos ACS, a definição e planejamento das ações também podem ocorrer na prática, principalmente ao relatarem dificuldades específicas encontradas para o desenvolvimento do trabalho em campo, junto à comunidade. Pode-se perceber que os ACS acabam descrevendo, não que eles

definem o processo de planejamento das ações por conta própria, mas sim que definem por conta própria as atitudes que devem tomar diante de dificuldades encontradas para execução das ações previstas e definidas em um processo de planejamento anterior.

Neste sentido, o Ministério da Saúde (9), ao definir que planejar é preparar e organizar as ações que serão desenvolvidas, com base em um diagnóstico realizado anteriormente, acompanhar sua execução, reformulando e redirecionando sua execução quando necessário, e avaliando o seu resultado, percebe-se a capacidade de avaliação deste processo por parte dos ACS em seu trabalho diário, que, ao se depararem com dificuldades na sua execução, buscam soluções para enfrentá-las e conseguem alcançar o objetivo proposto. O autor ainda ressalta:

*No acompanhamento da execução das ações, verifica-se se os objetivos pretendidos estão sendo alcançados ou não, para poder intervir a tempo de modificar o resultado final, alcançando assim o objetivo.*¹¹⁰

De acordo com os discursos dos ACS para esta categoria, verifica-se que o processo de definição e planejamento das estratégias de comunicação, em sua maior parte, ocorre por meio de reuniões de equipe (52%), mas ainda registra-se a ocorrência de situações em que as estratégias são definidas pela coordenação da equipe ou gerência do posto (20%), modelo que deve ser superado para efetiva implantação da política. Verifica-se também que foram apresentadas como respostas, em 8% dos casos, que esta definição ocorre por conta dos ACS, que ocorre em questões mais pontuais e imediatas no desenvolvimento de seu trabalho. Também apresentou que esta definição é realizada pelos responsáveis pela gestão da saúde, ou seja, a Regional ou a Secretaria de Saúde, mas que podem ser consideradas mais na definição de diretrizes gerais para o desenvolvimento do trabalho de saúde, sem retirar a autonomia da gestão das unidades e equipes de saúde, e a ação dos ACS ocorre como um processo complementar às ações definidas, tanto pela equipe, como pelas gerência da UBS, da Regional e da Secretaria.

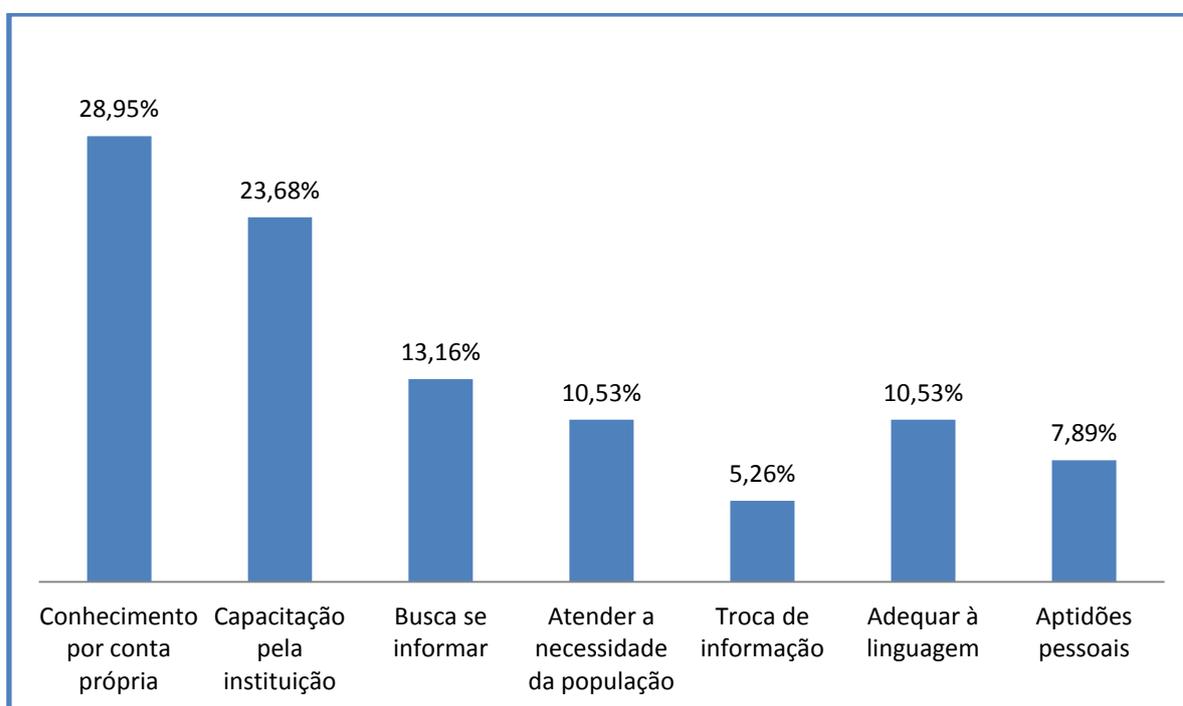
Os discursos esclarecem que no planejamento das ações é enfatizada a comunicação como ferramenta para a realização prática das ações de intervenção na saúde da população, não sendo realizado um aprofundamento maior enquanto

¹¹⁰Brasil, 2009, p. 62.

um processo que possa contribuir para qualificação das ações, nem como ocorre o seu funcionamento.

Quando questionados sobre o que buscam fazer para melhorar as suas ações de comunicação, de forma que seu processo de trabalho seja qualificado, o ACS apresentaram 38 respostas, que após classificá-las, foi possível chegar a sete ideias centrais, representadas no gráfico 8, os resultados qualitativos encontrados.

Gráfico 8 - O que você faz para melhorar as suas ações de Comunicação para qualificar o seu trabalho?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do *software* Qualiquantisoft (2011).

Conforme o gráfico 8, nota-se que os ACS consideraram como resposta para esta questão as categorias “Por conta própria”, com 28,95% das respostas, e “Capacitação pela instituição”, em 23,68%, que representam mais da metade das respostas apresentadas (52,63%). As demais respostas, 47,37% dos casos, dividiram-se em cinco categorias: “Busca se informar”, em 13,16% dos casos, “Atender a necessidade de informação da população” e “Adequar a linguagem”, com 10,53% das respostas para cada uma dessas duas categorias, “Aptidões pessoais” com 7,89% dos casos e por último, em 5,26% das respostas, para “Troca de informação”.

A resposta apresentada com maior frequência, encontrada em 28,95% das respostas foi “Conhecimento por conta própria”, que é representada qualitativamente no discurso:

Conhecimento mesmo. A gente procura se informar. Eu procuro sempre estar me atualizando, dentro do que é a minha realidade mesmo, para estar passando uma coisa legal para eles. Estou sempre lendo os panfletos, lendo as coisas que chegam para gente mesmo. Procuro sempre estar lendo tudo, o que tem de novidade e tal, estar interada no problema, na doença e na cura também. Na prevenção mesmo. A função nossa é prevenir mesmo. Eu leio muito, tudo, porque aqui também tem muito panfleto, e eu procuro. Se a gente chegar na casa, a pessoa te perguntar e você não saber nem o que responder? Eu tento ler, as vezes chega muita coisa nova, a gente está lendo. É ler muito e procurar saber.

Pois é, eu pego essas coisinhas extras. A minha função é comunicativa verbal, a minha obrigação é essa. Então para gente conseguir a confiança, a gente vai atrás das outras coisas. A gente vai atrás dos folders, a gente vai atrás de coisas assim materiais. Tudo que a gente tem disponível a gente vai atrás. A gente sempre está lendo alguma coisa sobre saúde mesmo, sobre alguns temas. A gente sempre tem que reciclar, tem que ser autodidata, procurar e pesquisar. A gente as vezes até busca em casa, na internet, ou um folderzinho aí. Eu procuro ler bastante, me informar. Ver se está surgindo alguma coisa nova, mas é mais estudando mesmo. Procurando aumentar meu conhecimento através de estudo. Ler os materiais que estão disponibilizados para nós. Porque é isso que eu quero fazer, eu adoro doenças. Estudar sobre elas. Então assim, eu tento ser curiosa, antes de mais nada.

Então assim, eu sempre estou procurando uma coisinha a mais. Porque não é eu que cobro de mim, a população cobra da gente. Eu procuro sempre estar me atualizando, eu também sou muito curiosa. Mas assim, a gente vai adquirindo conhecimento, então o conhecimento que a gente vai adquirindo, que eu tenho, a segurança que eu posso passar pras pessoas eu passo.

Verifica-se pelo discurso apresentado que os ACS buscam se qualificar, procurando se informar e adquirir conhecimento por conta própria, sendo autodidatas, sem depender ou ficar esperando da instituição ou dos demais profissionais da equipe de saúde esta qualificação. Procuram se interar sobre os problemas de saúde, seu tratamento e sua prevenção, por meio de folders, panfletos e outros materiais que chegam na UBS. Aqueles que possuem acesso, também buscam se informar sobre os assuntos de interesse para o atendimento da necessidade da população, pesquisando na internet. Colocam esta busca por informação como uma obrigação para o desempenho de sua atividade profissional para o atendimento das necessidades da população, para poder esclarecer as suas dúvidas, assim como para conseguir a confiança das pessoas e ter mais segurança ao desempenhar o seu trabalho.

Podemos verificar neste discurso, a capacidade do ACS, por também fazer parte da comunidade que possui a responsabilidade de atender e por entender a importância da informação que necessitam para melhorar a saúde desta população, tomam a iniciativa em buscar formas próprias de adquiri-las, apresentando autonomia em buscá-la, tornando-se protagonista neste processo, e humanizando o seu trabalho, conforme apresenta a PNH (74):

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde.¹¹¹

A categoria “Capacitação pela Instituição”, aparece em segundo lugar, em 23,68% das respostas, representada pelo DSC:

Quando a gente entrou, a gente teve um curso ministrado pela FEPECS, que é a faculdade de medicina e duas enfermeiras, em que eles tentaram pelo menos dar uma mini preparação. A gente fazia muito curso na Unip e na UnB, a gente já fez vários. Sobre tudo. Geralmente tem educação continuada, que sempre eles fazem para gente geralmente na Unip. Geralmente tem educação continuada, aqui mesmo, no auditório. Aqui geralmente as educações continuadas vem ou doutores, de outros hospitais ou os próprios enfermeiros. Hoje em dia, quando muito, você tem uma horinha ali dentro sobre algum assunto. Principalmente na época da dengue. Aí, eles vem, chamam todo mundo e dão aquele, acho que não chama bem de curso, uma orientação rápida. Mas já ajuda muito.

Tem um curso básico, algumas palestra, mas palestra bem curta, Talvez não dá para absorver muito. A gente tem oficinas que o médico, a enfermeira fazem com a gente. Eles dão palestras para gente sobre hipertensão, diabetes para gente estar sempre por dentro, se informando melhor e estar passando o conhecimento também para população. A gerência do posto tem alguns grupos, que estão livres não só para a população, mas para os agentes de saúde e eles nos dão informação. As vezes tem também palestras, tem reuniões orientando também para gente. O que a doutora nas reuniões tenta esclarecer para gente, mas a gente tenta passar para os pacientes. Justamente nessas reuniões que a gente aprende mais. Que a gente sempre tem palestras que os coordenadores dão, médicos dão, fonoaudiólogas que a gente tem aqui, fonoaudióloga, tem fisioterapeuta, tem assistência social, uma farmacêutica, entendeu? E a gente tem parece que as pessoas dentro das reuniões eles explicam pra você e te dão um parecer, como proceder. Aí a gente fica mais interado

Mas eu estou estudando, eu estou sempre estudando. Tento me qualificar. Então é mais estudando mesmo, palestras, esses lances, essas coisas aí. Então é mais estudando mesmo. Primeiramente, a gente se qualifica. A enfermeira ou o médico sempre tem uma reunião de qualificar, para estar qualificando a gente sobre determinado assunto. A gente, tem uma reunião uma vez por mês, por exemplo esse mês passado a gente teve sobre o cartão de vacina. Aí então a gente com essa reunião acaba que na visita a gente implanta assim, o que a gente aprendeu na reunião a gente implanta

¹¹¹ Brasil, 2009, p. 5.

na visita. O que estava no cartão de vacina, cartão da gestante. As vacinas, é isso aí. tem a nossa enfermeira e o médico que eles sempre estão dando uma qualificaçãozinha para gente.

O DSC aponta que os ACS relatam ter participado, no passado, de alguns cursos realizados pela própria Secretaria de Saúde ou por instituições de ensino contratadas com este objetivo, mas estes cursos não tem mais ocorrido, somente acontece um curso introdutório, com informações básicas para o desempenho da função. Relatam ainda a realização de oficinas e palestras realizadas pelos médicos ou enfermeiros da unidade de saúde, ou por médicos de outras instituições, principalmente em épocas de ocorrência de alguma doença específica, como por exemplo, a dengue, ou sobre algum assunto que a gerência do posto e a coordenação da equipe considerem importante. Também levam em consideração as reuniões de equipe enquanto espaço de aprendizagem, momento em que o coordenador da equipe, médico ou enfermeiro, passam as informações necessárias e tiram dúvidas dos ACS. Nestas reuniões também ocorre a participação de outros integrantes da equipe, como por exemplo, os profissionais que compõem a equipe do NASF.

A PNAB (10) apresenta como responsabilidade das três esferas de gestão da Atenção Básica o desenvolvimento de ações de Educação Permanente para qualificação das equipes de saúde, de acordo com seu grau de responsabilidade. Ao considerar a consolidação e o aprimoramento da Atenção Básica como importante reorientadora do modelo de atenção à saúde no país, ressaltam a importância da educação permanente para a qualificação das práticas de cuidado, gestão e participação popular. E este redirecionamento do modelo de atenção impõe a necessidade de transformação do funcionamento dos serviços e dos processos de trabalho das equipes, por meio da qualificação de seus profissionais.

Neste sentido, a educação permanente, além de sua evidente dimensão pedagógica, deve ser encarada também como uma importante "estratégia de gestão", com grande potencial provocador de mudanças no cotidiano dos serviços, em sua micropolítica, bastante próximo dos efeitos concretos das práticas de saúde na vida dos usuários, e como um processo que se dá "no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho".¹¹²

Além disto, a PNH (74) também ressalta a importância da Educação Permanente, ao tratar da Atenção Básica, considerando:

¹¹² Brasil, 2011.

A atenção básica é também considerada um lugar privilegiado de ensino-aprendizagem, um campo de práticas a ser consolidado e continuamente transformado a partir das experimentações concretas, inclusive pelo ensino formal (ensino técnico, de graduação e pós-graduação). O encontro ensino-serviço deve ser processualmente estreitado, com ganhos para a rede de saúde e instituições de ensino. Esta é uma proposição da Política de Educação Permanente do Ministério da Saúde (2004, 2007).¹¹³

Mendonça et al (7) apresentam a importância das equipes de Saúde da Família estarem inseridas no processo de Educação Permanente, ao relatar a experiência de Camaragibe:

E ajudou ainda mais, ao investir no capital humano, quando todos os membros das equipes nucleares estão inseridos em um processo de educação permanente, valorizando sua auto-estima e ampliando seu desempenho profissional.¹¹⁴

Desta forma, verifica-se a importância para a qualificação do trabalho desenvolvido pelos ACS e demais integrantes das equipes de Atenção Básica e Saúde da Família, quando eles estão inseridos em processos de Educação Permanente, que podem ocorrer em espaços formais de educação ou no espaço de trabalho. Cabe salientar que, a PNAB também apresenta como responsabilidade das três esferas de gestão, além do desenvolvimento de ações de educação, a articulação com instituições para a sua formação, garantindo a Educação Permanente de todos os seus profissionais.

Outro modo apresentado para melhorar as ações de comunicação, representando 13,16% dos casos, é “Busca se informar”, conforme o discurso apresentado:

Se eu não acho onde ler eu pergunto para o médico, para a minha enfermeira-chefe. Para poder levar a resposta. Se eu também não sei uma coisa eu vou lá e procuro, pergunto para quem sabe, eu não tenho vergonha de dizer que não sei. Quando eu não sei de um determinado assunto, eu procuro perguntar para a enfermeira ou até mesmo para outro enfermeiro que não seja da equipe, mas eu procuro me informar para passar uma coisa que seja certa. Informação correta. Eu tento me informar. Sempre que tem alguma coisa, assim tipo, as vezes a população quer saber de uma coisa que eu não sei, eu sempre procuro o médico ou o enfermeiro para me auxiliar, tirar alguma dúvida, além da curiosidade pessoal.

Nesta categoria os ACS apresentam uma semelhança com a anterior, pois parte deles buscam as informações. Neste caso, utilizam as equipes de saúde da UBS para esclarecer as suas dúvidas e levar a informação correta para a população.

¹¹³ Brasil, 2009, p. 11.

¹¹⁴ Mendonça, 2004, p. 15.

Salientam terem humildade suficiente para assumir não terem o conhecimento e buscarem de qualificar desta forma.

Estes esclarecimentos e dúvidas, conforme discute a PNAB (10), ressalta a contribuição, realização e participação das atividades de Educação Permanentes para os membros da equipe, apresentada como uma das atribuições específica dos médicos e enfermeiros que compõem as equipes de Atenção Básica.

Além disto, Davini (81), ao apresentar os debates ocorridos na década de 80 do século passado, sobre os questionamentos dos enfoques e estratégias de capacitação do pessoal de saúde, que levaram a construção da Educação Permanente em Saúde, apresenta:

Estes questionamentos levaram à construção coletiva do enfoque e metodologias de Educação Permanente, contribuindo com a preparação de adultos para o aprendizado no contexto da prática. Este novo paradigma é fruto da visão de que conhecimento não se “transmite”, mas se constrói a partir das dúvidas e do questionamento das práticas vigentes à luz dos problemas contextuais.¹¹⁵

Desta forma, podemos verificar que como nos apresenta a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (82) esta é definida como:

A Educação Permanente é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho.¹¹⁶

Assim, a educação permanente se baseia na aprendizagem significativa, possibilitando mudar as práticas profissionais, podendo ser entendida como aprendizagem-trabalho, pois acontece no cotidiano das pessoas e das organizações. Ela é realizada a partir dos problemas enfrentados na realidade e que o processo de educação dos trabalhadores da saúde sejam pautados pelas necessidades da população

Com a mesma frequência de respostas que “Busca se informar”, aparece “Atender a necessidade da população”, com 10,53% das respostas apresentadas.

O que eu busco primeiro é o relacionamento entre eu e os meus pacientes. Gosto de ser reconhecida como a pessoa que trabalha lá, a pessoa que eles têm confiança de chegar, conversar, e ao mesmo tempo proporcionar a possibilidade de amenizar a burocracia. E também agilizar esse processo. É levar conhecimento da equipe, que a equipe tem um médico, que a equipe tem um enfermeiro, então, é nesse sentido. O paciente precisa de uma

¹¹⁵ Brasil, 2009, p. 52-53.

¹¹⁶ Brasil, 2009, p. 20.

consulta, aí a gente se vira aqui dentro para tentar com um colega, para dar um jeito de renovar a receita dele. A gente tenta fazer o máximo para não perder aquele vínculo, para ter aquele vínculo de amizade mesmo, todo mês a gente tem que estar lá, então é uma troca. A gente quer ir lá, quer que a pessoa esteja satisfeita com o serviço da gente. Quanto mais a família dá espaço para gente, a gente tem aquele vínculo, aquela amizade, a pessoa desabafa para gente, as vezes é meio que um conselheiro, a gente vai fazendo aquele vínculo e ali a gente tenta chamar a pessoa para ir fazendo, no caso a oficina, ou grupo e tudo.

Tem que conversar com o paciente, ver a necessidade, ir na casa, ver a necessidade dele num todo para ver direitinho o que ele está necessitando naquele momento, para que possa encaminhar. A gente dá várias orientações sobre dengue. Então a gente procura, na medida do possível, explicar. Então assim, eu procuro dar mais orientação nesse sentido. Para hipertensos, diabéticos que não pode deixar de tomar o remédio.

Neste discurso, apresentam como característica o atendimento das necessidades da população. Que as pessoas da comunidade possam identificar os ACS como a pessoa da saúde que está lá para ajudá-los, assim conseguem a sua confiança e garantir o vínculo, a partir do momento que, além de orientá-los, facilitam os processos para garantia do acesso aos serviços oferecidos pelo unidade, desburocratizando-os.

Neste sentido, a PNAB (10) define como atribuição dos ACS, diversas ações a serem desenvolvidas no seu trabalho junto à comunidade, entre elas destacamos, o acompanhamento de todas famílias e indivíduos sob sua responsabilidade, por meio de visitas domiciliares, atendendo a demanda espontânea da população, promover a saúde e prevenir as doenças e buscar a integração entre a equipe de saúde e a população atendida.

Além disto, estas ações são apresentadas pelo Ministério da Saúde (9) como parte das atividades a serem desenvolvidas pelo ACS no seu trabalho junto à comunidade:

Ao identificar ou tomar conhecimento de uma situação-problema, você precisa conversar com a pessoa e/ou familiares e depois encaminhá-la (los) à unidade de saúde para avaliação mais detalhada.¹¹⁷

Assim como a categoria anterior, “Adequar a linguagem” também apareceu em 10, 53% das respostas apresentada, caracterizada pelo discurso:

Eu tento passar a informação o mais simples possível para pessoa entender. O pessoal tem baixo grau de escolaridade e, as vezes não entende, aí eu repito, pergunto se entendeu. Tento explicar da melhor forma

¹¹⁷ Brasil, 2009, p. 26.

possível, com toda paciência. Depende com quem a gente vai lidar, porque a população tem várias. Tem aqueles que entendem de uma forma mais fácil e outros não. E você tem que se adequar também ao seu paciente. Se é um paciente com menos instrução, então você vai ter que usar uma linguagem mais simples. Aquele termo mais difícil, você tem que procurar a maneira mais fácil de falar para que ele entenda. Acaba que você tem que converter a informação, o que você pega aqui no posto para passar para população. Porque se você for passar do mesmo jeito que é, por isso que o trabalho da enfermeira também é bom nisso aí, porque ela simplifica muito como a gente vai falar com a população

Pode-se verificar no discurso apresentado pelos ACS, que para melhorar as suas ações de comunicação eles preocupam-se com a adequação da linguagem para que a população possa entender a mensagem que buscam transmitir. Pela definição apresentada, verifica-se que esta categoria apresenta um conceito semelhante ao relatado na categoria “Produção de conteúdo”, utilizado para definir ações de comunicação e processo de comunicação eficaz. Desta forma, podemos verificar a aplicação dos conceitos apresentados nas questões anteriores, como em Araújo (11), ao ter o desafio de converter a informação e em Sousa (75, 76), ao facilitarem o diálogo entre os saberes.

Além disto, percebe-se que os ACS conseguem identificar os vários tipos de públicos que compõem a comunidade (comunicação segmentada), podendo compreender as suas necessidades de informação e as formas que devem transmiti-la para a melhor compreensão das mensagens, podendo assim representar um resultado positivo na melhoria da qualidade de vida das pessoas. Neste contexto, verifica-se que acabam trabalhando com uma das variáveis utilizadas para criação de campanhas, apresentada por Corcoran (43) no conceito de mídia de massa, que é a segmentação do público e a adequação da mensagem:

Peterson et al. (2005) sugerem que haja identificação clara do grupo-alvo para possibilitar a confecção de frases motivadoras: “para um grupo-alvo estar ciente de uma campanha... esta deve ser memorável (Peterson et al., 2005: 438); portanto escolher e criar mensagens apropriadas é essencial.”¹¹⁸

Também se percebe que na busca por melhorar suas ações de comunicação, os ACS apresentam uma postura criativa e aberta para também aprender com a comunidade, isto lhe permite transformar o conteúdo com que trabalha, aprendendo as características da população, adequando este conteúdo que pretende transmitir. Neste sentido, podemos verificar as idéias apresentadas por Freire (48), na categoria “Comunicação Educativa”, ao definirem ações de comunicação, uma vez

¹¹⁸ Peterson et al. 2005, p. 79 apud Corcoran 2010.

que, segundo o autor, a expressão verbal utilizada na comunicação, deve ser significativa para os sujeitos envolvidos, ou seja, comum a todos os envolvidos na comunicação.

Outra categoria que aparece no sentido de melhorar as ações de comunicação, em 7,89% das respostas, é “Aptidões pessoais”, que é representada qualitativamente no discurso:

Tentar ser um bom profissional. Ter ética, ser uma pessoa educada. Isso aí faz parte do bom profissional. Mas o que está no alcance da gente, a ética, o profissionalismo, a clareza, isso aí a gente procura desenvolver, até porque a gente mora na comunidade e aí a gente está lá toda hora com eles, a gente tem que tentar ser bem ético, pelo fato da gente morar ali, residir ali.

Eu procuro ser o mais cordial com os pacientes, tem que se colocar no lugar dos pacientes para eles perceberem que a gente não é diferente deles. Sempre tratando eles com respeito, tratando eles da forma que eu gostaria de ser tratada. E você tendo tranqüilidade para escutar e tudo, já alivia um bocado do sofrimento dele, então é mais humanização mesmo.

Como “Aptidões pessoais”, os ACS descrevem algumas características pessoais para melhorar as ações de comunicação, como ser um bom profissional, com ética, educação e agindo com cordialidade, ser claro e tratando o usuário com respeito. Buscam desta forma, tentar se colocar no lugar deles, escutando com tranqüilidade a população, e buscando a humanização do processo de trabalho.

A definição apresentado pelos ACS, agora como possibilidade de melhoria das ações de comunicação para qualificação de seu trabalho, é bastante semelhante ao conceito de “Acolhimento” apresentado em ações de comunicação utilizadas para promover a saúde (questão 4 da entrevista), em que também relatam as qualidades pessoais, e para definir processo de comunicação eficaz em saúde (questão 8 da entrevista), em que destacam a humanização do atendimento do usuário, de acordo com as propostas e determinações apresentadas pelo Ministério da Saúde (9, 10, 74). Porém, o conceito apresentado é diferente do conceito de acolhimento utilizado para definir ações de comunicação (questão 3 da entrevista), pois neste caso salientam mais as questões corporais utilizadas.

E finalizando, com 5,26% das respostas, aparece a categoria “Troca de informação”, representada pelo DSC:

Então a gente vai desenvolvendo. Uma pessoa fala: Ó eu fiz isso e deu certo, eles me recebem bem e eles acreditam em mim. Então aí a gente vai.

São da categoria, outras ACS. Além do posto, as vezes, quando eu tenho assim uma experiência lá fora de alguma coisa, a gente fica assim meio que uma troca, as vezes eles sabem de uma coisa, eles me passam também. Acaba que é troca de informações. Então, a gente não trabalha só com a saúde.

Para esta categoria de resposta, conforme o DSC, os ACS apresentam a troca de informação e de experiências entre eles, buscando utilizar práticas desenvolvidas por outros agentes de saúde que apresentaram um resultado positivo. Neste sentido, a política de Humanização (74) apresenta que a reunião de equipe de equipe propicia diversas possibilidades para os mais diversos encontros, entre eles, um espaço como troca de experiências:

A reunião de equipe pode ser um momento propício para os mais diversos encontros: discussão de casos, revisão de condutas, elaboração de projetos terapêuticos, educação continuada, planejamento de ações. É um espaço onde cada um pode acolher o outro e também ser acolhido. É espaço de valorização das reflexões, de trocas, de criação de redes de apoio, espaço que permite a cada um sentir-se sujeito de sua história individual e da equipe....nos leva à conclusão de que a reunião de equipe, com espaço e tempo programados, pode constituir-se numa potente estratégia para a qualificação da equipe, troca de saberes e deslocamento de poderes, tanto entre os profissionais como entre estes e os usuários.¹¹⁹

Desta forma, pode se perceber, pelos discursos apresentados pelos ACS, que ainda falta um investimento da gestão do sistema local, na qualificação de seus quadros, por meio da realização de processos de Educação Permanente, uma vez que relatam que, para melhorar suas ações de comunicação para qualificar o seu trabalho, buscam esses processos por conta própria (28,95%). Mas não podemos deixar de considerar a importância do papel de gestão neste processo, mesmo que seja pela direção da UBS, pois a participação da instituição como responsável pelo processo de qualificação de seu trabalho, por meio da disponibilização de oportunidades para qualificá-los, representa 23,68% das respostas.

Cabe ainda ressaltar que, as demais categorias apresentadas, independente da frequência de cada categoria, elas tornam-se importantes, pois são definições que se complementam. De acordo com as demais respostas apresentadas, percebe-se a importância do ACS no processo de qualificação de seu próprio trabalho, ao apresentarem diversos enfoques utilizados para a melhoria de suas ações de comunicação. Com o objetivo de atender as necessidades dos usuários, verificamos o seu protagonismo ao buscar as informações que necessitam por conta própria; a

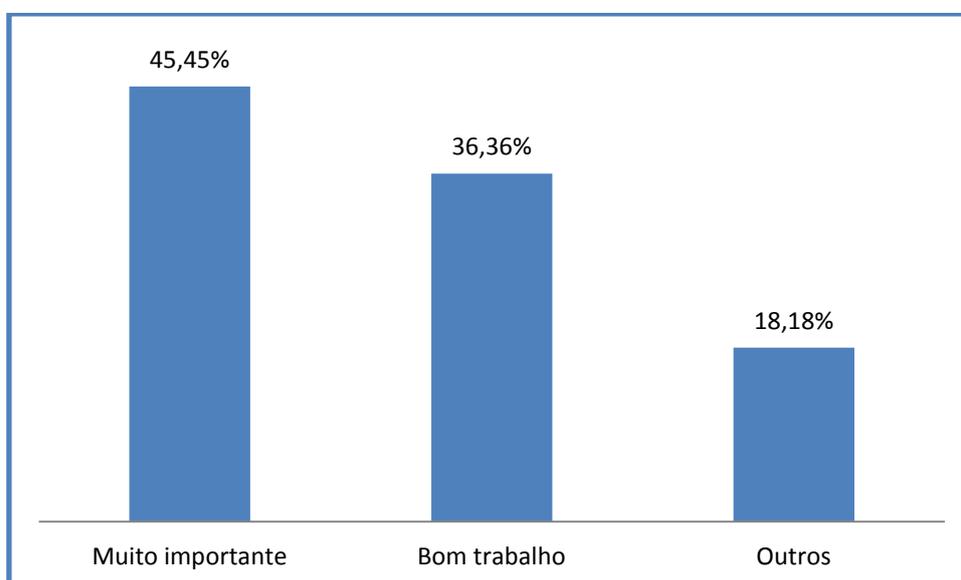
¹¹⁹ Brasil, 2009, p. 27-28.

reflexão realizada de suas práticas, ao analisarem os seus processos de trabalho, de suas aptidões e características pessoais, assim como a linguagem que utilizam; e a busca por compartilhar com os demais membros da equipe de suas práticas bem sucedidas de trabalho.

6.3 AVALIAÇÃO PARA O PROCESSO DE TRABALHO DOS ACS

Uma questão considerada importante para a pesquisa foi levantar como os ACS avaliam o trabalho desenvolvido por eles para promover a saúde da população. Desta forma, ao ser solicitado que fizessem esta avaliação, apresentaram 22 respostas, número igual ao de ACS entrevistados. Estas respostas puderam ser separadas em três categorias, conforma ilustra o gráfico 9 com os resultados qualitativos para esta questão.

Gráfico 9 - Como você avalia o resultado do processo de trabalho desenvolvido por você na melhoria da qualidade de vida dos usuários atendidos?



Fonte: Elaborado pelo autor por meio do *software* Qualiquantisoft (2011).

As três categorias apresentadas no gráfico relatam uma avaliação positiva para o trabalho desenvolvido pelos ACS (81,81%), sendo 45,45% das respostas para a categoria “Muito importante”, seguido por “Bom trabalho”, com 36,36% dos casos relatados. Já as demais respostas (18,18%) foram agrupadas na categoria “Outros”.

Ao avaliarem o trabalho desenvolvido os ACS consideraram, em 45,45% dos casos, que o trabalho desenvolvido por eles é “Muito importante, que pode ser verificado no discurso por eles apresentados.

A gente que está na ponta e tem contato com o paciente, a gente vê a satisfação deles. A presença da gente ali, eu também acho, da gente estar fazendo essas visitas, esse trabalho, muito importante. Eu acho muito bom,

considero que é muito importante sim, acho que é bem válido. Porque a gente resolve praticamente tudo da atenção básica. Porque a gente vai na casa da pessoa. A gente chega no domicílio da pessoa, ela se sente importante por a gente estar lá, atendendo. Elas se sentem mais acolhidas. Eu acho muito gratificante, tem muita gente que acha importante, que gosta realmente. Tem ajudado muito. Acaba que a gente fez a diferença muito grande para nossa comunidade. É eficiente mesmo. Não é só eficaz, chegava a ser eficiente mesmo. O PSF lá mesmo pulsando.

Eu acho super importante. Porque, a gente ajuda muito as pessoas. Eu acho um trabalho muito sério e muito válido, demais em todos os aspectos. Sou defensor número um da categoria porque eu acho que é essencial, eu acho que ajuda muito, eu acho que é muito importante. Falta amparo, mas a gente dá um jeito. Acho que tem um papel muito importante, acho que a gente ajuda muita gente, mesmo não tendo tanta qualificação para poder levar isso. Eu acho que é muito bom, apesar que sempre falta melhorar cada vez mais, mas é muito bom o nosso trabalho. E teve muitas melhoras, muitas pessoas conseguiram controlar e manter, melhorar.

Está sendo muito bom. Por ter formado uma equipe completa, a gente sempre tem dado uma boa resposta para população. Tenho achado muito satisfatório. Porque a gente evita bastante que o paciente venha ao Centro de Saúde sem precisar. E facilita os demais atendimentos no Centro de Saúde.

Conforme relato dos ACS, por estarem na ponta, trabalhando diretamente com a população, podem verificar a sua satisfação com o trabalho prestado, uma vez que resolvem todos os problemas relacionados com a atenção básica da comunidade e as pessoas atendidas se sentem acolhidas e importantes, devido ao trabalho prestado. Desta forma, classificam o trabalho como muito bom e importante, eficiente, mas acrescentam que ainda falta amparo e qualificação, o que poderia qualificar ainda mais o processo de trabalho, principalmente em relação a ter uma equipe completa de Saúde da Família em todas as unidades de saúde para a sua realização.

Pode-se observar que os agentes conseguem verificar a importância de seu trabalho para a melhoria da qualidade de vida da população, evitando a necessidade de se buscar a UBS ou outros serviços do sistema. É importante salientar a visão deles, que mesmo considerando a importância do trabalho, conseguem avaliar as falhas e carências do sistema, mas mesmo assim se demonstram comprometidos com a busca de soluções para melhorar a atenção da saúde da população.

Já 36,36% dos entrevistados consideraram o trabalho desenvolvido como muito bom, como apresenta o DSC:

Eu acho legal, eu acho um programa legal. Eu gosto do que eu faço. Eu gosto de lidar assim, com o pessoal, tudo. Eu acho bom. Eu gosto de ser útil. Eu gosto de saber, de ter certeza que o paciente foi bem orientado. Eu

avalio que está indo bem, que é um bom trabalho. Tinha pacientes com muito picos hipertensivos, muita glicemia alterada. Agora não, a gente consegue ter um controle. É bom, ainda mais para os hipertensos e para os diabéticos. Ainda não está cem por cento, mas eu acredito que isso vai melhorar. Com a contratação de mais médicos, que deixa a desejar. Mais enfermeiros que está precisando. Eu acho que melhorará, futuramente.

A minha avaliação, pelo menos do meu lado assim, é boa, porque o que eu posso fazer pela comunidade, tenho procurado fazer. O que está ao meu alcance, o que eu posso fazer, eu procuro fazer. Eu acho bom, mas poderia ser bem melhor. Eu acho que é bem satisfatório, porque a gente facilita muito o acesso da população para o Sistema Único de Saúde, além do que, a gente evita vindas desnecessárias no posto de saúde. Então desafoga muito o sistema.

Pelo discurso apresentado, pode-se notar a satisfação dos ACS no desenvolvimento de seu trabalho junto à população. Pois sentem-se úteis em ajudar a população, sentindo-se realizados ao perceberem a melhoria da saúde da população, principalmente nos casos de usuários portadores de doenças crônicas. Mas como na categoria anterior, relatam que com as equipes trabalhando com os seus quadros completos, a prestação dos serviços de saúde à população tendem a melhorar ainda mais a atenção prestada. Da mesma forma, apresentam a importância do trabalho para facilitar o acesso da população ao SUS, assim como a importância para se evitar a superlotação dos serviços de saúde.

Já na categoria “Outros”, que aparece em 18,18% das respostas, são apresentadas as demais respostas, conforme discurso:

O programa saúde da família é lindo na teoria, ele é lindo, só que a gente tem alguns entraves, alguns problemas, falta de estrutura, mas mesmo assim a gente nota muita diferença. Nós salvamos vidas. Então, a medida do que eu posso fazer, eu gosto do meu trabalho. Eu acho que desde quando a gente entrou, melhorou bastante. A gente já consegue facilitar alguma coisa mais para população.

Eu já tive conquistas, essa conquista dá confiança, ela traz muito o benefício da procura, o benefício até de socorro. Você tem agilidade, mas não tem resultado. Você tem a eficiência, mas não tem a eficácia.

Neste discurso, percebe-se que os ACS relatam a diferença existente entre a proposta do programa e prática de trabalho desenvolvida, pois apresenta alguns problemas a serem enfrentados para a sua execução, como a falta de estrutura para o seu desenvolvimento. Mas, mesmo assim, esta categoria não pode ser considerada como negativa, pois o programa conseguiu apresentar muita melhoria na qualidade de vida da população desde que foi implantado, e os ACS conseguem

perceber a diferença com a sua implementação. Mas ainda há muito a ser feito para a qualificação do programa.

7 (IN)CONCLUSÕES

Na tentativa de encontrar algumas respostas as nossas questões de pesquisa, sobre as práticas dos ACS no tocante as ações de comunicação em saúde, nas UBS do DF é possível indicar algumas (in)conclusões”.

Ao contextualizar as práticas dos ACS no campo da promoção da saúde, buscando identificar um conceito de promoção conforme a percepção deles, verifica-se que ainda é forte o foco nas práticas preventivas de saúde, apesar de já surgir uma ampliação deste conceito para um mais ampliado, conforme apresenta, tanto pela OMS, como na Constituição Federal.

Também se verifica que a maioria das ações apresentadas, de uma forma ou de outra, acabam fazendo parte das ações descritas na PNAB, como atribuições específicas dos ACS ou comuns a todos os integrantes das equipes de Atenção Básica, ou de outras políticas, planos e programas do Ministério da Saúde, como a PNH, Hipertensão e Diabetes e o Plano nacional de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT, que reforça o caráter preventivo focado no desenvolvimento de suas ações. Isto acaba ocorrendo, pois ao serem instituídas enquanto políticas, programas ou planos de ação, definem a destinação de recursos financeiros para sua implementação, garantindo assim a infraestrutura necessária para o seu desenvolvimento. Mas, por outro lado, acaba centralizando a decisão das prioridades de ação na gestão do sistema, dificultando o atendimento de demandas locais específicas, percebidas pelos ACS.

Ao mesmo tempo, pelos relatos apresentados nos DSC, tanto nas definições como nos exemplos apresentados para promover a saúde da população, percebe-se a preocupação dos ACS no atendimento integral das necessidades de saúde e melhoria da qualidade de vida da comunidade. E neste sentido, a sua preocupação com a ampliação ou inclusão de outras ações que possam atender as necessidades demandadas pela população, na maior parte das vezes não está no escopo do seu poder de decisão.

Especificamente em relação ao tema comunicação, é possível perceber que os ACS conseguem, além de identificar exemplos e classificar as diversas possibilidades de utilização das ações de comunicação para o desenvolvimento de

seu trabalho de promoção a saúde da população, compreender a importância de sua utilização neste processo. Verifica-se ainda que existe uma compreensão por parte deles com relação aos conceitos de ações de comunicação, ao verificar-se uma quantidade significativa de descrições para defini-los, além de conhecerem as reais possibilidades de sua utilização e os diversos aspectos necessários para que se tenha uma comunicação eficaz, como por exemplo suporte e infraestrutura para o desenvolvimento de suas atividades.

Outro fato importante apresentado é que eles também conseguem identificar que muitas das ações de comunicação utilizadas ou descritas, são apresentadas também como exemplo de ações usadas para o desenvolvimento da promoção da saúde, deixando clara a sua percepção sobre a importância e as possibilidades de utilização da comunicação na promoção da saúde da população e desta forma, na melhoria de sua qualidade de vida.

Neste sentido, entende-se o potencial do agente nas diversas formas e possibilidades encontradas no comunicar com a comunidade, apresentando uma grande preocupação na busca da qualificação da informação para melhoria da construção da mensagem a ser transmitida e que esta informação possa ser transformada em conhecimento para permitir apresentar resultados positivos na vida diária da população. Para que a comunicação realmente se efetive, buscam adequar, tanto o conteúdo, quanto a forma da mensagem, para garantir o completo entendimento pelas pessoas atendidas. Neste interim tornam-se elos importantes e qualificados entre a comunidade e a equipe de saúde, exercendo o papel de mediadores deste processo e canal de comunicação entre eles, além de representar um importante papel de escuta qualificada das necessidades e anseios da população atendida.

Além disto, verifica-se também que a utilização de práticas e ações de comunicação pelos ACS, referem-se principalmente aquelas que dependam deles a decisão e a responsabilidade por sua utilização, ou que estejam disponíveis as estruturas necessárias para o seu desenvolvimento, sem esperar que estas sejam apresentadas por outros profissionais ou áreas da instituição, mostrando neste sentido um caráter de pró-atividade e compromisso no desenvolvimento de seu trabalho. Esta possibilidade na forma de trabalharem, buscando outras opções ao

seu desenvolvimento, está garantido pela Política Nacional de Atenção Básica, mas não é uma realidade em todos os locais e percebe-se que este trabalho poderia ser potencializado com o maior respaldo das instituições gestoras do sistema, assim como das próprias equipes de Saúde da Família, que possibilitariam aos ACS uma maior segurança para o desenvolvimento de seu trabalho.

É possível perceber-se que, no desenvolvimento do trabalho, a definição e o planejamento das ações que serão desenvolvidas, é discutida de forma democrática por toda a equipe de Saúde de Família, por meio da realização periódica de reuniões de equipe, mas que o gerenciamento destas reuniões ainda ficam sob a responsabilidade de seus coordenadores, normalmente o profissional médico ou de enfermagem. Outrossim, a definição de temas ou as linhas gerais das ações a serem abordados nestes encontros, é normalmente apresentado pelos coordenadores ou ainda vinda de outras áreas da gestão do sistema, como a coordenação do posto de saúde, da Secretária ou Ministério da Saúde, que podem apresentar pautas que acabarão sendo discutidas na reunião como prioridade de ação, cabendo à equipe definir a melhor forma de sua execução, de acordo com a necessidade local.

Uma questão importante relatada é a falta de investimento da gestão nos processos de qualificação e de educação permanente dos ACS, que acabam buscando o conhecimento por conta própria, por muitas vezes reforçando a prática do ensino em serviço de forma inversa, ao solicitarem informações ou esclarecimentos sobre determinadas demandas com os demais integrantes das equipes de Saúde da Família, assumindo assim um papel de autonomia e tornando-se sujeito ativo do seu processo de aprendizagem. Normalmente, quando são oferecidas práticas educativas, seja por meio de reuniões ou palestras nas unidades de saúde, ou por meio de processos formais de educação, oferecidos pela gestão da instituição, o enfoque dado quase sempre é sobre temas específicos de saúde e que muitas vezes não oportunizam a reflexão sobre suas práticas de trabalho.

Como uma das estratégias da Promoção da Saúde é o desenvolvimento da participação da comunidade, tornando-os sujeitos ativos nos processos e na gestão da saúde, para que isto realmente ocorra, é preciso que os agentes e demais profissionais de saúde também se tornem sujeitos ativos e participativos nestes

processos. Desta forma estariam vivenciando na prática diária a participação. Porém, para que possam levar esta ideia para a comunidade, é necessário que eles sejam capacitados no sentido de poder qualificar a população neste caminho, para a sua real participação. Assim, os processos de educação permanente destes profissionais, são de vital importância.

Desse modo, pode-se concluir que os ACS, mesmo sem possuírem o conhecimento formal das teorias e técnicas de comunicação, acabam por exercer uma importante função de comunicadores, que os tornam mediadores e um elo qualificado entre o serviço de saúde e a população, no sentido de promover a saúde da comunidade. Conseguem por meio de sua prática diária, buscar e levar a informação para a população, realizando a adequação necessária do processo de comunicação, para que a informação se transforme em conhecimento, sendo assim assimilado pela população, que poderá apresentar como resposta a melhoria de sua saúde e qualidade de vida.

Neste processo, os ACS conseguem perceber a importância e relevância do trabalho desempenhados por eles para a qualidade de vida da população e para a melhoria do Sistema Único de Saúde.

7.1 INDICATIVOS DA PESQUISA

Torna-se necessária a ampliação do debate sobre o tema da comunicação em saúde entre as instituições e profissionais que integram ou participam, direta ou indiretamente, da saúde do país.

Neste sentido, este debate deve ser levado às instituições gestoras dos sistema de saúde, para que possam ampliar as potencialidades de utilização da comunicação nos serviços de saúde das diversas formas e contextos possíveis para a melhoria da qualidade de vida da população e fortalecimento do SUS.

E nos serviços de saúde, ainda é necessário que se divulgue mais, principalmente entre os profissionais que trabalham na Atenção Básica os conceitos da Promoção da Saúde, para que esta política possa realmente ser implementada mais fortemente no país, e que os seus princípios e estratégias possam chegar à população. Neste sentido a comunicação é um forte aliado que pode ser utilizado

para que isto se realize. Mas é preciso que se invista na qualificação e familiarização dos profissionais de saúde com o tema da comunicação em saúde.

Além disto, a comunicação em saúde deve integrar a agenda da gestão dos serviços de saúde e das instituições formadoras destes e de outros profissionais de saúde, para qualificá-los cada vez mais sobre o tema da comunicação e saúde, buscando a constante melhoria da atenção e da promoção da saúde dos indivíduos, famílias e comunidades por eles cuidadas.

REFERÊNCIAS

- 1 Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma-Ata; 1978 USSR. [acesso em jan. 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Alma-Ata.pdf>
- 2 Brasil. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal; 1988a.
- 3 Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de promoção da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2006d. (B. Textos Básicos de Saúde).
- 4 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde (Documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
- 5 Lavor ACH. O agente comunitário: um novo profissional da saúde. In: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 16-19.
- 6 Girade HA. Assim nasceu o programa de Saúde da Família. In: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 20-24.
- 7 Mendonça AVM, Sousa MF, Santana P, organizadores. Dez anos do PSF em Camaragibe: eis as nossas riquezas. Rio de Janeiro: CEBES; 2004.
- 8 Sousa MF. Saúde da Família no Brasil: do programa à política. In: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 26-29.
- 9 Brasil. Ministério da Saúde. O trabalho do Agente Comunitário de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
- 10 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, para a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Diário Oficial da União 22 out. 2011; Seção 1.

11 Araújo IS. Comunicação e saúde. In: Martins CM, Martins CM, Stauffer AB organizadores. Educação e saúde. Rio de Janeiro: EPSJV / Fiocruz; 2007.

12 Cardoso JM. Comunicação e saúde: desafios para fortalecer o SUS, ampliar a participação e o controle social. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. p. 45-55.

13 Ferreira JR, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

14 Sícoli JL, Nascimento PR. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. Interface - Comunic Saúde Educ 2003; 7(12):91-112.

15 Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa; 1986. [acesso em jan 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

16 Coe GA. Comunicación em salud: comunicación y promoción de la salud. Rev Latinoamericana de Comunic 1998 Set; 63.

17 Organização Mundial de Saúde. Declaração de Adelaide; 1988. [acesso em jan 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Adelaide.pdf>

18 Mosquera M. Comunicación em salud: conceptos, teorías y experiencias. Comicionado por la Organización Panamericana de la Salud. 2003. [acesso em jan 2012]. Disponível em: HTTP://www.portalcomunicacion.com/obregan/pdf/Mosquea_2003.pdf

19 Organização Mundial de Saúde. Declaração de Sundsvall; 1991. [acesso em jan 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Sundsvall.pdf>

20 Organização Mundial de Saúde. Declaração de Santafé de Bogotá. 1992. [acesso em jan. 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>

21 Organização Mundial de Saúde. Declaração de Jacarta. 1997. [acesso em jan. 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Jacarta.pdf>

22 Organização Mundial de Saúde. 1998. Rede de Megapaíses para a Promoção da Saúde. [acesso em jan. 2012]. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Mgpaises.pdf>

23 Organização Mundial de Saúde. Declaração do México. OMS; 2000.

24 Organização Mundial de saúde. Declaração de Adelaide sobre a Saúde em todas as políticas: no caminho de uma governança compartilhada, em prol da saúde e do bem-estar. OMS; 2010.

25 Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Coleção Progestores: para entender a gestão do SUS. Brasília: CONASS; 2007a. (Legislação Estruturante do SUS 12).

26 Brasil. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União 20 set 1990; Seção 1: 18055.

27 Brasil. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispões sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União 31 dez 1990; Seção 1.

28 Brasil. Decreto nº 91.178, de 1º de abril de 1985. Dispõe sobre a criação do Programa de Desenvolvimento da Região Nordeste. Diário Oficial da União 2abr 1985.

29 Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 9 de 14 de abril de 1988. Diário Oficial da União 18 abr 1988b; Seção 1.

30 Brasil. Ministério da Saúde. Informação, educação e comunicação: uma experiência no Projeto Nordeste. Brasília: Ministério da Saúde; 1988c.

31 Jatene AD. Desenvolvimento da saúde da família no Brasil. In: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. p. 10-15.

32 Sousa MF. Programa de Saúde da Família no Brasil: análise das desigualdades no acesso à atenção básica. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da Universidade de Brasília; 2007.

33 Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da saúde; 2006a.

(34) Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Diário Oficial da União 23 fev 2006.

(35) Ministério da Saúde. Portaria nº 698/GM de 30 de março de 2006. Define que o custeio das ações de saúde é de responsabilidade das três esferas de gestão do SUS, observado o disposto na Constituição Federal e na Lei Orgânica do SUS. Diário Oficial da União 1 maio 2006.

36 Comissão de Determinantes Sociais em Saúde. As causas das iniquidades em Saúde no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2008.

37 Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva* 2007; 17(1): 77-93.

38 Brasil. Ministério da Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; 2011. p. 13.

39 Tovar MC. Participação e controle social para o exercício pleno da cidadania em saúde na América Latina: importância da comunicação e da informação. In: Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Coletânea de comunicação e informação em saúde para o exercício do controle social. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2007. p. 57-60.

40 Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil: relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde. 2008. [acesso em jan 2012]. Disponível em: <http://www.cndss.fiocruz.br/pdf/home/relatorio.pdf>

41 Brasil. Ministério da Saúde. Ações de comunicação realizada pelo Ministério da Saúde de 2007 a 2010.

42 Araújo IS, Cardoso JM. Comunicação e Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

43 Corcoran N. Comunicação em saúde: estratégias para promoção da Saúde. São Paulo: Roca; 2010.

44 Beltrán LR. Salud pública y comunicación social. Chasqui, jul.1995; 51. [acesso em fev. 2012]. Disponível em:
<http://www.bvsde.paho.org/bvsair/e/repindex/rep58/saludpub/saludpub.html>

45 Beltrán LR. Comunicación para La Salud del Pueblo: una revisión de conceptos básicos. La Paz: OPS/OMS; 2011.

46 Araújo IS. Mercado simbólico: um modelo de comunicação para políticas públicas. Interface – Comunicação, saúde, educação, fev. 2004; 8(14):165-77.

47 Lima, VA. Comunicação e cultura: as idéias de Paulo Freire. 2. ed. rev. Brasília: Editora UnB: Fundação Perseu Abramo; 2011.

48 Freire P. Extensão ou comunicação? 3. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1977.

49 Mendonça AVM. Os processos de comunicação e o modelo todos-todos: uma relação possível com o Programa Saúde da Família. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação da UnB; 2007.

50 Mendonça AVM. Informação e Comunicação para Inclusão Digital: análise do Programa GSAC: Governo Eletrônico Serviço de Atendimento ao Cidadão. Brasília: Editora do Departamento de Ciência da Informação e Documentação; 2008.

51 Mendonça AVM. A Integração de Redes Sociais e Tecnológicas: análise do processo de comunicação para inclusão digital. Brasília. Tese [Doutorado em Ciência da Informação] – Universidade de Brasília, Departamento de Ciência da Informação e Documentação, Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação; 2007.

52 Beltrán LR. La importância de la comunicaci3n em la promocion de lasalud. In: M3dia e Sa3de. Unesco-Umesp-FAI, 2000. [acesso em fev. 2012]. Dispon3vel em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/c/c9/004_-_Luis_Ramiro_Beltran.pdf

53 Sanches C. Um olhar sobre a hist3ria da Comunica3o e Sa3de. Revista Digital Comunica3o e Sa3de, jul. 2005; 2(2) [acesso em fev. 2012]. Dispon3vel em: <HTTP://www.comunicasaude.com.br/revista/02/artigo2.asp>

54 Ceccim RB. Apresenta3o e conclus3o do texto. In: Freire P. Pacientes impacientes: Paulo Freire. Brasil. Caderno de Educa3o Popular em Sa3de. Bras3lia: Minist3rio da Sa3de; 2007.

55 Natansohn G. Comunica3o e Sa3de: interfaces e di3logos poss3veis. Revista de Econom3a Pol3tica de las tecnolog3as de lainformaci3n y comunicaci3n maio/ago. 2004; 6(2):38 – 52. (c) Schiavo R. Health communication: from theory to practice. S3o Francisco: Jossey-Bass; 2007.

56 Schiavo, Renata. Health communication: from theory to practice. 1. ed. S3o Francisco: Jossey-Bass, 2007.

57 Brasil. Minist3rio da Sa3de. Relat3rio de pesquisa: gest3o da comunica3o aplicada à vigil3ncia em sa3de: a percep3o dos gestores. Bras3lia: Minist3rio da Sa3de; 2008.

58 Gumucio-Dagron A. Comunicaci3n para la Salude: el reto de laParticipaci3n. The Communication InitiativeNetwork, 2003. [acesso em fev. 2012]. Dispon3vel em: <http://www.comminit.com/en/print/150405>

59 Ferreira ASF, Saraiva JC. Comunica3o em sa3de em3rg3os governamentais. In: Mendon3a AVM, Sousa MF, Pereira C, SIME3O E. Comunica3o da informa3o em sa3de: aspectos de qualidade. Bras3lia: Editora do Departamento de Ci3ncia da Informa3o e Documenta3o; 2008, p. 33-42.

60 Beltrán LR. La importancia de comunicaci3n em lapromocion de lasalud. [monografia na internet]. [S.l.: Sn]; [s.d.] [acesso em jan 2012]. Dispon3vel em: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/c/c9/004_-_Luis_Ramiro_Beltran.pdf

61 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Temático Promoção da Saúde IV. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2009. (Painel de indicadores do SUS, 6)

62 Souza HM. Saúde da família: uma proposta que conquistou o Brasil. In: Ministério da Saúde. Memórias da saúde da Família no Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2010; p. 30-35

63 Creswell JW. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 3. ed. Tradução de Magda Lopes. Porto Alegre: Artmed; 2010.

64 YIN RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 3 ed. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2005.

65 Lefèvre F, Lefèvre AMC. O discurso do sujeito coletivo: um enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs; 2003.

66 Lefevre F, Lefevre AMC. Depoimentos e Discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Liber Livro Editora; 2005. (Série Pesquisa, 12)

67 Lefevre AMC, Crestana MF, Cornetta VK. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização “Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRHU”. São Paulo, 2002. Saúde e Sociedade jul./dez. 2003; 12 (2):68–75

68 Lefevre F, Lefevre AMC. Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo. Brasília: Líber Livro Editora; 2010.

69 Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo [homepage na internet]. O que é o DSC [acesso em 5jan 2012]. Disponível em: <http://www.ipdsc.com.br>.

70 Brasil. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar: manual técnico. 2. ed.rev e atual. Rio de Janeiro: ANS; 2007. p. 14.

71 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Passo a passo das ações de hipertensão e diabetes – DAB.

Brasília: Ministério da Saúde; [2011?]. [acesso em jan 2012]. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/geral/passo_passo_ha_dm2011.pdf

72 Mattos RA. A integralidade na pratica (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública set./out. 2004; 20(5): 1411-1416.

73 Freire P. Educação como prática da liberdade. 26. ed. Rio de Janeiro: Editora Paz e Terra; 2002.

74 Brasil. Ministério da Saúde. O HumanizaSUS na atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.

75 Sousa, MF. Saúde da família e os conceitos necessários. In: Programa Saúde da Família no Brasil. Análise da desigualdade no acesso à atenção básica. Brasília, Editora do Departamento de Ciências da Informação e Documentação da Universidade de Brasília, v.1, 2007.

76 Sousa MF. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Rev bras enferm abr. 2008; 61(2).

77 Buss PM. Promoção e educação em saúde no âmbito da Escola de Governo em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública. Cad. Saúde Pública 1999; 15 Suppl. 2: 177-185.

78 Sousa MF. Agentes Comunitários de Saúde: choque de povo. São Paulo: Hucitec; 2001.

79 Sousa MF, Parreira CMS. Formação de agentes comunitários de saúde. Rev Panam Salud Publica 2010; 28(5).

80 Paixão, PBS, Freire VP, Lima MFM, Linhares RN, Mendonça AVM, Sousa MF. A prática de alfabetização em Informação e Comunicação em Saúde: o olhar dos Agentes Comunitários de Saúde sobre o Projeto de Inclusão Digital em Sergipe, Brasil. Interface jul./set. 2011; 15(38): 937-946.

81 Davini MC. Enfoques, problemas e perspectivas na Educação Permanente dos Recursos humanos de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, p. 52-53.

82 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009, p. 52-53.

APÊNDICES

APENDICE A – NOME NO CNES DAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - JULHO/2011

SEGMENTO	Eq. Área	Cód. Eq.	NOMENO SCNES DA UNIDADE BÁSICA	NOME DA EQUIPE NO SCNES	Nº INSC. NO SCNES	ESF**	EACS**	
01	Águas Claras	01	01	PSU - AREAL QS 08	ESF - EQ.01 - PSU AREAL QS 08	3742822	7	
02	Brazlândia	*011	01	PSR - INCRA 08	ESF - Equipe 01 - PSR INCRA 08	0011509		
		*013	03	PSR - Almecegas	ESF - Equipe 03 - PSR Almecegas	0011495	4	
		*015	05	UBS - Chapadinha	ESF - Equipe 05 - UBS Chapadinha	3144631	5	
		016	06	PSU - Brazlândia 01	ESF - Equipe 06 - PSU Brazlândia 01	3144658	5	
		019	07	UBS - Veredas II	EACS - Equipe 07 - UBS Veredas II	3742865		5
		020	08	CSBZ 01 - Brazlândia	EACS - Equipe 08 - CSBZ 01 - Brazlândia	0011215		10
		021	02	CSBZ 02 - Brazlândia	EACS - Equipe 02 - Vila São José	6662358		4
		022	04		EACS - Equipe 04 - Vila São José			3
		023	09		EACS - Equipe 09 - Vila São José			3
		024	10		EACS - Equipe 10 - Vila São José			3
025	11	EACS - Equipe 11 - Vila São José			3			
03	Candangolândia	031	01	CSCA 01 - Candangolândia	EACS - Equipe 01 - CSCA 01 - Candangolândia	0011185	4	
04	Ceilândia	*038	01	PSR - Boa Esperança	ESF - Equipe 01 - PSR Boa Esperança	3144542	5	
		039	02	PSU - Condomínio Privê	ESF - Equipe 02 - PSU Condomínio Privê	3677044	5	
		041	04	CSC 02 - Ceilândia	EACS - Equipe 04 - CSC 02	0010987		5
		042	05	CSC 03 - Ceilândia	EACS - Equipe 05 - CSC 03	0010995		7
		043	06	CSC 04 - Ceilândia	EACS - Equipe 06 - CSC 04	0011002		7
		044	07	CSC 05 - Ceilândia	EACS - Equipe 07 - CSC 05	0011010		12
		045	08	CSC 06 - Ceilândia	EACS - Equipe 08 - CSC 06	0011029		2
		046	09	CSC 07 - Ceilândia	EACS - Equipe 09 - CSC 07	0011037		4
		047	10	CSC 08 - Ceilândia	EACS - Equipe 10 - CSC 08	0011045		5
		054	17		ESF - Equipe 17 - CSC 08			6
		055	18		ESF - Equipe 18 - CSC 08			6
		056	19		ESF - Equipe 19 - CSC 08			5
		057	20		EACS - Equipe 20 - CSC 08			6
		058	21		EACS - Equipe 21 - CSC 08		5	
		048	11	CSC 09 - Ceilândia	EACS - Equipe 11 - CSC 09	0011053		4
		052	15		EACS - Equipe 15 - CSC 09			3
		053	16		EACS - Equipe 16 - CSC 09			3
		049	12	CSC 10 - Ceilândia	EACS - Equipe 12 - CSC 10	0011207		8
		060	23		EACS - Equipe 23 - CSC 10			11
		050	13	CSC 11 - Ceilândia	EACS - Equipe 13 - CSC 11	0011061		3
064	27	CSC 12 - Ceilândia	EACS - Equipe 27 - CSC 12	2617293		4		
066	29		EACS - Equipe 29 - CSC 12			4		
067	30		ESF - Equipe 30 - CSC 12			5		
068	31		EACS - Equipe 31 - CSC 12			7		
05	Gama	203	01	PSU - DVO	ESF - Equipe 01 - PSU DVO	2673894	3	
		*204	02	UBS - Ponte Alta Norte	ESF - Equipe 02 - UBS Ponte Alta Norte	3144577	6	
		*205	03	PSR - Engenho das Lages	ESF - Equipe 03 - PSR Engenho das Lages	2779404	5	
		*206	04	UBS - Ponte Alta	ESF - Equipe 04 - UBS Ponte Alta	3144615	4	

		207	05	CSG 04 - Gama	EACS - Equipe 05 - CSG 04	0010855		14
		215	13	CSG 01 - Gama	EACS - Equipe 13 - CSG 01	0010820		13
		208	06	CSG 02 - Gama	EACS - Equipe 06 - CSG 02	0010839		18
		209	07	CSG 03 - Gama	EACS - Equipe 07 - CSG 03	0010847		15
		210	08	CSG 05 - Gama	EACS - Equipe 08 - CSG 05	0010863		5
		211	09	CSG 06 - Gama	EACS - Equipe 09 - CSG 06	0010871		17
		212	10	CSG 08 - Gama	EACS - Equipe 10 - CSG 08	0010898		10
06	Guará	254	01	CSGu 01 - Guará	EACS - Equipe 01 - CSGu 01	0011118		7
		255	02	CSGu 02 - Guará	EACS - Equipe 02 - CSGu 02	0011266		5
		256	03	CSGu 03 - Guará	EACS - Equipe 03 - CSGu 03	0011274		6
07	Núcleo Bandeirante	301	03	CSNB 02 - Núcleo Bandeirante	EACS - Equipe 03 - CSNB 02	0011126		1
08	Paranoá	*313	01	PSR - PADDF	ESF - Equipe 01 - PSR PAD-DF	0011630	4	
		*314	02	PSR - Jardim II	ESF - Equipe 02 - PSR Jardim II	0011606	6	
		*316	04	PSR - Capão Seco	ESF - Equipe 04 - PSR Capão Seco	0011614	7	
		*317	05	PSR - Carirú	ESF - Equipe 05 - PSR Carirú	2804107	4	
		318	06	UBS - Quadra 18 PA	ESF - Equipe 06 - UBS Quadra 18 PA	3286975	6	
		321	09	CSPA 01- Paranoá	EACS - Equipe 09 - CSPA 01	0010634		21
09	Planaltina	*334	01	PSR - Santos Dumont	ESF - Equipe 01 - PSR Santos Dumond	2672235	5	
		*335	02	PSR - Taquara	ESF - Equipe 02 - PSR Taquara	2804174	8	
		*336	03	UBS - Rajadinha	ESF - Equipe 03 - UBS Rajadinha	0011576	2	
		*337	04	UBS- Bica do DER	ESF - Equipe 04 - UBS Bica do DER	2804123	4	
		*338	05	PSR - São José	EACS - Equipe 05 - PSR São José	0011622		6
		*339	06	PSR - Tabatinga	ESF - Equipe 06 - PSR Tabatinga	0011584	7	
		*340	07	PSR - Rio Preto	ESF - Equipe 07 - PSR Rio Preto	2672227	2	
		*341	08	PSR - Pipiripau	ESF - Equipe 08 - PSR Pipiripau	0011592	2	
		*342	09	UBS - Jardim Morumbi	ESF - Equipe 09 - UBS Jardim Morumbi	3144666	7	
		345	10	CSP 01 - Planaltina	EACS - Equipe 10 - CSP 01	0011088		2
		346	11	CSP 02 - Planaltina	EACS - Equipe 11 - CSP 02	0010650		7
		347	12	CSP 03 - Planaltina	EACS - Equipe 12 - CSP 03	0011096		
		349	13	PSU - Vale do Amanhecer	ESF - Equipe 13 - PSU Vale do Amanhecer	5050359	4	
		350	14	PSU - Vale do Amanhecer	EACS - Equipe 14 - PSU Vale do Amanhecer	5050359		3
		354	18	CSP 05 - Arapoanga	ESF - Equipe 18 - CSP 05Arapoanga	6216021	4	
		355	19		ESF - Equipe 19 - CSP 05Arapoanga		6	
		356	20		EACS - Equipe 20 - CSP 05Arapoanga		4	
		357	21		EACS - Equipe 21 - CSP 05Arapoanga		6	
		358	22		ESF - Equipe 22 - CSP 05 Arapoanga		4	
		359	23		ESF - Equipe 23 - CSP 05 Arapoanga			
		361	25	PSU - Arapoanga	EACS - Equipe 25 - PSU Arapoanga	5050340		2
362	26	EACS - Equipe 26 - PSU Arapoanga	2					
363	27	ESF - Equipe 27 - PSU Arapoanga	3					
366	30	CSP 04 - Estância de Planaltina	EACS - Equipe 30 - Mestre D'Armas	6216013		4		
367	31		ESF - Equipe 31 - Mestre D'armas		5			

		368	32		EACS - Equipe 32 - Mestre D'armas			3
		369	33		ESF - Equipe 33 - Mestre D'armas		5	
		370	34		ESF - Equipe 34 - Mestre D'armas		3	
		374	38	PSU - Jardim Roriz	EACS - Equipe 38 - PSU nº 1 Jardim Roriz	2360233		3
10	Rec. das Emas	*391	01	UBS - São Francisco	ESF - Equipe 01 - UBS São Francisco	2804247	6	
		*392	02		ESF - Equipe 02 - UBS São Francisco II		4	
		*393	03	UBS - Casa Grande	ESF - Equipe 03 - UBS Casa Grande	2779331	3	
		394	04	PSU - Recanto das Emas 01	ESF - Equipe 04 - PSU Recanto das Emas01	3144623	4	
		395	05	UBS - Quadra 115 RE	ESF - Equipe 05 - UBS Quadra 115 RE	3331245	4	
		396	06	CSRE 01 -Recanto das Emas	EACS - Equipe 06 - CSRE 01	0010804		30
		397	07	CSRE 02 -Recanto das Emas	EACS - Equipe 07 - CSRE 02	0011134		25
		398	08		EACS - Equipe 08 - CSRE 02		4	
		399	09		EACS - Equipe 09 - CSRE 02		4	
		401	11		EACS - Equipe 11 - CSRE 02		5	
		403	13		EACS - Equipe 13 - CSRE 02		4	
402	12	ESF 402 - Equipe Saúde da Família	ESF - Equipe 12 QD 604/605	6551513	5			
11	R. Fundo I	429	01	CSRF 03 - Riacho Fundo I	EACS - Equipe 01 - CSRF 03	0011169		11
		430	02	PSU - Riacho Fundo I QN 01	ESF - Equipe 02 - PSU RF I QN 01	3781437	6	
12	Riacho Fundo II	428	01	PSU 2 - Riacho Fundo II	ESF - Equipe 01 - PSU 2 - RF II	3410196	3	
		037	13		ESF - Equipe 13 - PSU 2 - RF II		4	
		432	02	PSU - Riacho Fundo II	ESF - Equipe 02 - PSU - RF II	2660199	4	
		447	08		ESF - Equipe 08 - PSU - RF II		3	
		036	14		EACS - Equipe 14 - PSU - RF II		3	
		445	03	UBS - Riacho Fundo II QN 14 C	ESF - Equipe 03 - UBS RF II QN 14 C	3742881	4	
		452	06		ESF - Equipe 06 - UBS RF II QN 14 C		4	
		444	04	UBS - Riacho Fundo II QN 15 D	ESF - Equipe 04 - UBS RF II QN 15 D	3742830	3	
		453	07		ESF - Equipe 07 - UBS RF II QN 15 D		4	
		*446	05	PSR - CAUB I	ESF - Equipe 05 - PSR CAUB I	2673924	3	
		448	09	CSRF 04 - Riacho Fundo II	EACS - Equipe 09 - CSRF 04	5038669		4
		449	10		ESF - Equipe 10 - CSRF 04		4	
		450	11		ESF - Equipe 11 - CSRF 04		3	
451	12	ESF - Equipe 12 - CSRF 04	2					
13	Samambaia	454	01	UBS - Samambaia Qd. 125	ESF - Equipe 01 - UBS Samambaia Qd. 125	3742849		
		456	03	PSU - Samambaia Qd. 317	ESF - Equipe 03 - PSU Samambaia Qd 317	3742857	6	
		474	06		ESF - Equipe 06 - PSU Samambaia Qd 317		3	
		461	08	UBS - Samambaia QD 501	ESF - Equipe 08 - UBS Samambaia QD 501	3633845	4	
		479	15	CSSA 01 - Samambaia	ESF - Equipe 15 - CSSA 01	0010642	4	
		480	16		ESF - Equipe 16 - CSSA 01		3	
		481	17		ESF - Equipe 17 - CSSA 01		4	
		483	19		ESF - Equipe 19 - CSSA 01		5	
		484	20		ESF - Equipe 20 - CSSA 01		4	
		485	21		ESF - Equipe 21 - CSSA 01		4	
486	22	ESF - Equipe 22 - CSSA 01	4					
487	23	ESF - Equipe 23 - CSSA 01						

		505	41		ESF - Equipe 41 - CSSA 01		3			
		491	27	CSSA 02 - Samambaia	ESF - Equipe 27 - CSSA 02	0010774	1			
		492	28		ESF - Equipe 28 - CSSA 02		2			
		493	29		ESF - Equipe 29 - CSSA 02		3			
		494	30		ESF - Equipe 30 - CSSA 02		2			
		495	31		ESF - Equipe 31 - CSSA 02		1			
		496	32		ESF - Equipe 32 - CSSA 02		3			
		497	33		ESF - Equipe 33 - CSSA 02		1			
		499	35		ESF - Equipe 35 - CSSA 02		4			
		471	07		CSSA 03 - Samambaia		ESF - Equipe 07 - CSSA 03	0010677	5	
		472	09				ESF - Equipe 09 - CSSA 03		5	
		473	10	ESF - Equipe 10 - CSSA 03						
		475	11	ESF - Equipe 11 - CSSA 03						
		500	36	CSSA 04 - Samambaia	ESF - Equipe 36 - CSSA 04	0010685	2			
		501	37		ESF - Equipe 37 - CSSA 04		3			
		502	38		ESF - Equipe 38 - CSSA 04		2			
		503	39		ESF - Equipe 39 - CSSA 04		5			
		504	40		ESF - Equipe 40 - CSSA 04					
		508	44		ESF - Equipe 44 - CSSA 04		8			
14	Santa Maria	518	01	UBS - Sítio do Gama	ESF - Equipe 01 - UBS Sítio do Gama	3144569	4			
		520	03	PSU - Santa Maria 03	ESF - Equipe 03 - PSU - Santa Maria 03	3144550	5			
		521	04	PSU - Santa Maria 01	ESF - Equipe 04 - PSU - Santa Maria 01	3144593	5			
		525	08		ESF - Equipe 08 - PSU - Santa Maria 01		5			
		522	05	PSU - Santa Maria 02	ESF - Equipe 05 - PSU - Santa Maria 02	3144607	5			
		526	09		ESF - Equipe 09 - PSU - Santa Maria 02		5			
		523	06	CSSM 01 - Santa Maria	EACS - Equipe 06 - CSSM 01	0010782		19		
		524	07	CSSM 02 - Santa Maria	EACS - Equipe 07 - CSSM 02	0010669		18		
15	São Sebastião	*556	01	PSR - Nova Betânia	ESF - Equipe 01 - PSR Nova Betânia	0011363	5			
		563	08	UBS - Morro Azul	ESF - Equipe 08 - UBS Morro Azul	3212033	5			
		564	09	UBS - Vila Nova	ESF - Equipe 09 - UBS Vila Nova	3212076	4			
		565	10	PSU - São Sebastião 01	ESF - Equipe 10 - PSU 01 - Resid. do Bosque	3742873	4			
		578	23		ESF - Equipe 23 - PSU 01 - Vila Nova II Rua 21		2			
		566	11	PSU - São Sebastião 02	ESF - Equipe 11 - PSU 02 - Resid. Oeste	3212068	6			
		574	19		ESF - Equipe 19 - PSU 02 - Resid. Oeste 2		7			
		567	12	UBS - São Francisco SS	ESF - Equipe 12 - UBS São Francisco SS	3212017	5			
		568	13	UBS - Bosque 02	ESF - Equipe 13 - UBS Bosque 02	3212025	5			
		569	16	CSSS 01 - São Sebastião	EACS - Equipe 16 - CSSS 01	0010790		14		
		573	18	UBS - Vila Boa	ESF - Equipe 18 - UBS - Vila Boa	3254909	2			
		576	21	UBS - Setor Tradicional	ESF - Equipe 21 - UBS - ST Tradicional	3254887	5			
		577	22	UBS - João Cândido	ESF - Equipe 22 - UBS - João Cândido	3286932	4			
		* 579	24	UBS - Morro da Cruz	ESF - Equipe 24 - UBS - Morro da Cruz	3781402	3			
16	Estrutural	582	02	CS - Vila Estrutural	ESF - Equipe 02 - CS Vila Estrutural	2779374	6			
		584	03		ESF - Equipe 03 - CS Vila Estrutural		5			

		586	04		ESF - Equipe 04 - CS Vila Estrutural		6	
		587	05		ESF - Equipe 05 - CS Vila Estrutural		6	
		590	06		ESF - Equipe 06 - CS Vila Estrutural		3	
		591	07	UBS - Vila Estrutural Quadra 15	ESF - Equipe 07 - UBS Vila Estrutural -Q. 15	3513564	6	
17	Sobradinho	*592	01	UBS - Eng. Velho	ESF - Equipe 01 - UBS Eng. Velho	2804360	6	
		*593	02	UBS - Lago Oeste	ESF - Equipe 02 - UBS Lago Oeste	2804387	5	
		*594	03	PSR - Catingueiro	EACS- Equipe 03 - PSR Catingueiro	0011517		4
		*595	04	UBS - Nova Colina	EACS - Equipe 04 - UBS Nova Colina	0011223		3
		*596	05		ESF - Equipe 05 - UBS Nova Colina	0011568	4	
		597	06	CSS 01 - Sobradinho	EACS - Equipe 06 - CSS 01	0011223		10
		604	09		EACS - Equipe 09 - CSS 01			3
		598	07	CSS 02 - Sobradinho	EACS - Equipe 07 - CSS 02	0011231		5
		599	08	CSS 03 - Sobradinho	EACS - Equipe 08 - CSS 03	0011258		12
		* 605	10	UBS BASEVI	ESF - Equipe 10 - UBS BASEVI	6770657	5	
18	Sobradinho II	* 614	04	UBS Vale dos Pinheiros	ESF -Equipe 04 - UBS Vale dos Pinheiros	6770681	4	
		615	05	UBS Mini-Chácaras	ESF - Equipe 05 - Mini-chácaras	6770665	7	
		616	06	CSS 03 - Sobradinho	EACS - Equipe 06 - Vale das Acácias	0011258		2
19	Taguatinga	642	01	CST 01 - Taguatinga	EACS - Equipe 01 - CST 01	0010901		4
		643	02	CST 02 - Taguatinga	EACS - Equipe 02 - CST 02	0010928		7
		644	03	CST 03 - Taguatinga	EACS - Equipe 03 - CST 03	0010936		4
		645	04	CST 04 - Taguatinga	EACS - Equipe 04 - CST 04	0010944		3
		646	05	CST 05 - Taguatinga	EACS - Equipe 05 - CST 05	0010626		4
		647	06	CST 06 - Taguatinga	EACS - Equipe 06 - CST 06	0010952		3
		648	07	CST 07 - Taguatinga	EACS - Equipe 07 - CST 07	0010960		4
		649	08	CST 08 - Taguatinga	EACS - Equipe 08 - CST 08	2617269		7
20	Granja do Torto	746	01	Cantinho da Saúde Granja do Torto	EACS - Equipe 01 - Cantinho da Saúde	5117666		2
21	Park Way	*771	01	PSR - Vargem Bonita	ESF - Equipe 01 - PSR Vargem Bonita	0011681	4	
22	Itapoã	319	07	PSU - Itapoã	ESF - Equipe 07 - Itapoã	3286959	6	
		320	08		ESF - Equipe 08 - Itapoã		5	
		322	10	CSPA 02 - Itapoã	ESF - Equipe 10 - CSPA 02	6268269	2	
		323	11		ESF - Equipe 11 - CSPA 02		5	
		324	12		ESF - Equipe 12 - CSPA 02		4	
		325	13		ESF - Equipe 13 - CSPA 02		5	
		326	14		ESF - Equipe 14 - CSPA 02		5	
Total							522	523

* Equipe Rural.

** SIAB 23/08/2011

 Equipes excluídas no SCNES

APENDICE B – MODELO DE TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O Senhor(a) está sendo convidado(a) a participar do projeto: Análise dos processos de Comunicação nas práticas dos Agentes Comunitários de Saúde no Distrito Federal.

O objetivo desta pesquisa é analisar os processos de comunicação desenvolvidos para promover a saúde da população atendida.

O senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). Espera-se que esta pesquisa possa contribuir para o fortalecimento das ações de comunicação desenvolvidas pelos Agentes Comunitários de Saúde, no Distrito Federal.

Os resultados da pesquisa serão divulgados junto à Secretaria de Saúde, e na Universidade de Brasília, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sob a guarda do pesquisador. Se o senhor tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para o pesquisador responsável, no telefone 33406863, do Núcleo de Estudos sobre Saúde Pública, da UnB.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal – CEP/SES-DF. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do sujeito da pesquisa podem ser obtidos através do telefone: CEP/SES/DF (61) 3325-4955.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o sujeito da pesquisa.

Endereço Pesquisador Responsável:

SCLN 314 bloco B apto. 304 - Asa Norte – Brasília/DF CEP 70767-020

Tel: 9291-1616 /3340-6863 email: tonirs.ferreira@gmail.com.br

[] Declaro que li, entendi e CONCORDO com os objetivos e condições de minha participação na pesquisa, assinando este Termo de Consentimento.

[] Não CONCORDO.

Antonio Sergio de Freitas Ferreira
Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de 2011.

APENDICE C – MODELO DE ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Nome:

Idade: Sexo: () M () F Grau de Instrução:

Curso:

QUESTÕES

1. O que você entende por Promoção da Saúde?
2. Quais são as ações desenvolvidas para promover a saúde junto à população por você atendida?
3. Como você define ações de Comunicação?
4. Quais são as ações de Comunicação que você utiliza para promover a saúde da população?
5. Como são definidas e planejadas as estratégias de Comunicação a serem utilizadas para o desenvolvimento de seu trabalho junto aos usuários atendidos?
6. O que você faz para melhorar as suas ações de Comunicação para qualificar o seu trabalho?
7. Como você avalia o resultado do processo de trabalho desenvolvido por você na melhoria da qualidade de vida dos usuários atendidos?
8. Em seu entendimento, o que vem a ser um processo de comunicação em saúde eficaz junto à população?

ANEXOS

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde




COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/SES-DF

PARECER Nº 0464/2011

PROTOCOLO Nº DO PROJETO: 499/2011 – ANÁLISE DOS PROCESSOS DE COMUNICAÇÃO NAS PRÁTICAS DOS AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE NO DISTRITO FEDERAL.

Instituição Pesquisada: Secretaria de Saúde do Distrito Federal/SES-DF.

Área Temática Especial: Grupo III (não pertencente à área temática especial), Ciências da Saúde.

Validade do Parecer: 24/10/2013

Tendo como base a Resolução 196/96 CNS/MS, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras em pesquisa envolvendo seres humanos, assim como as suas resoluções complementares, o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, após apreciação ética, manifesta-se pela **APROVAÇÃO DO PROJETO.**

Esclarecemos que o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, inciso IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto. Ressaltamos a necessidade de encaminhar o relatório parcial e final, além de notificações de eventos adversos quando pertinentes no prazo de 1 (um) ano a contar da presente data (item II.13 da Resolução 196/96 CNS/MS).

Brasília, 25 de outubro de 2011.

Atenciosamente,



Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/SES-DF
Coordenadora

AL/CEP/SES-DF

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 - e-mail: ceptesd@saude.df.gov.br
SAMN - Q. 501 - Bloco "A" - Brasília - DF - CEP: 70.710-907
BRASÍLIA - PATRIMÔNIO CULTURAL DA HUMANIDADE