



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Mestrado em Saúde Comunitária

Magali Maria dos Anjos Pinto Sampaio

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA ABORDAGEM
DA TUBERCULOSE EM COMUNIDADES:
Apropriação de uma tecnologia de comunicação em saúde**

Salvador,

2013

MAGALI MARIA DOS ANJOS PINTO SAMPAIO

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA
ABORDAGEM DA TUBERCULOSE EM
COMUNIDADES:
Apropriação de uma tecnologia de comunicação
em saúde**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Comunitária do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Comunitária.

Área de concentração: Planejamento e Gestão em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Ligia Rangel Santos.

Salvador,
2013

Desenvolvimento de competências na abordagem da tuberculose em comunidades:
apropriação de uma tecnologia de comunicação em saúde.

Ficha Catalográfica
Elaboração - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

S192d Sampaio, Magali Maria dos Anjos Pinto.

Desenvolvimento de competências na abordagem da tuberculose em comunidade: apropriação de uma tecnologia de comunicação / Magali Maria dos Anjos Pinto Sampaio. -- Salvador: M.M.A.P.Sampaio, 2013.

91 f.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Ligia Rangel Santos.

Dissertação (mestrado) – Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia.

1. Comunicação em Saúde. 2. Tuberculose. 3. Competências. I. Título.
CDU 316.77



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva**

MAGALI MARIA DOS ANJOS PINTO SAMPAIO

Desenvolvimento de competências na abordagem da tuberculose em comunidades: apropriação de uma tecnologia de comunicação em saúde

A Comissão Examinadora abaixo assinada aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 26 de abril de 2013

Banca Examinadora:

Maria Lígia Rangel Santos

Prof^ª. Maria Lígia Rangel Santos - Orientadora - ISC/UFBA

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Prof^ª. Isabela Cardoso de Matos Pinto - ISC/UFBA

José Francisco Serafim

Prof^º. José Francisco Serafim - FACOM / UFBA

**Salvador
2013**

AGRADECIMENTOS

A Deus, por manter-me firme ante os obstáculos, ou circundada de “anjos cuidadores” quando eu fraquejava, para que eu conseguisse atingir meus objetivos nesses dois anos; a tod@s @s Sant@s e orixás, e forças e energias que foram solicitad@s nesta caminhada, por mim ou por quem me deu apoio.

Aos meus queridíssimos familiares, que mesmo a distância me deram forças para seguir em mais uma empreitada;

Às “famílias emprestadas” que me acolheram, por tornar a saudade dos meus um pouco menor;

A Aldair, pela cumplicidade, compreensão e carinho, e por tudo que esse nosso investimento acadêmico significou;

A Ligia Rangel, pela orientação, carinho e amizade.

Aos professores Isabela Cardoso e Serafim, pelas contribuições prestadas.

Às cursistas, pela persistência e dedicação em realizar as atividades propostas.

À equipe da pesquisa, pelo acompanhamento e discussões das observações de campo.

Aos amigos e amigas que se fizeram presentes em diferentes fases, de maneiras diversas, especialmente Ivone e Anas.

Deixou-se inteiramente de pensar no assunto quando surgiu a falsa e nefanda informação que a tuberculose era uma doença vencida. Todos já a conheciam de sobra, repetia-se; seu diagnóstico, fácil, sua terapêutica, simples e eficaz. Para que a divulgação dos males de uma doença vencida?

(José Silveira)

RESUMO

Torna-se cada vez mais pertinente investir em estudos que focalizem práticas dialógicas entre os atores sociais envolvidos no processo saúde-doença-cuidado. Parte-se do entendimento da comunicação e educação em saúde como processos que ultrapassam os esforços de abordagens com enfoque puramente informativo, e que se julgam capazes de influenciar comportamentos saudáveis, leva-se em conta os saberes circulantes, as representações e as crenças locais acerca de doenças de difícil controle, uma vez que estes são aspectos que podem influenciar no sucesso das abordagens em saúde, especialmente no caso da tuberculose - uma doença antiga, com forte estigma associado, e cujos índices epidemiológicos são alarmantes, apesar dos recursos disponíveis para seu tratamento e cura. As práticas de comunicação e educação em saúde que abordam esta doença devem levar em conta os aspectos supracitados, sendo necessário horizontalizar as relações e promover o diálogo entre os diversos saberes (popular e técnico) a fim de aumentar a busca pelos serviços de saúde e a adesão ao tratamento. Seguindo esta concepção, uma tecnologia de comunicação em saúde foi desenvolvida - o *“Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose”* (GCS-Tb) -, e disponibilizada aos participantes de um curso de extensão que visou transferir esta tecnologia. Esta pesquisa objetivou analisar o desenvolvimento de competências necessárias para a utilização do GCS-Tb, definindo-se como uma abordagem qualitativa de um processo de transferência dessa tecnologia. Considera-se que a aplicação do GCS-Tb permitiu o desenvolvimento das competências técnicas, organizacionais, comunicativas, pessoais e sociopolíticas, necessárias à utilização das estratégias propostas, além de estimular a reflexão acerca das práticas de intervenção sobre tuberculose em comunidades.

Palavras-chave: comunicação em saúde; tuberculose; competências.

ABSTRACT

Becomes increasingly relevant invest in studies that focuses on dialogical practices with social actors involved in the process of health-illness-care. The understanding of communication and education in health as a process that surpasses the efforts of approaches focusing the informative aspect only, and believes themselves able to influence health behaviors, it takes into account the current knowledge, representations and beliefs about local disease difficult to control, since these are aspects that can influence the success of health approaches. Tuberculosis is an ancient disease, with a strong stigma attached, and whose epidemiological indices are alarming, despite the resources available for its treatment and cure. The communication practices in health and education that address this disease must take into account the aspects mentioned above, being necessary flatten relations and promote dialogue among diverse knowledge (technical and popular) to enhance the search for health services and adherence treatment. Following this concept, a health communication technology was developed - the "*Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose*" (GCS-Tb) -, and made available to professionals in an extension course that aimed to transfer this technology. This study aimed to analyze the development of skills required for the use of GCS-Tb, defining itself as a qualitative approach in a process of transferring this technology. It is considered that the application of GCS-Tb allowed the development of the technical, organizational, communication, personal and sociopolitical skills for the use of the proposed strategies, and stimulated reflection on intervention practices on tuberculosis in communities.

Keywords: health communication; tuberculosis; skills

APRESENTAÇÃO

O trabalho ora apresentado representa um esforço da autora em aproximar-se do campo da Comunicação e Educação em Saúde, visando compreender que impactos podem ser esperados e que aspectos devem ser considerados nestas intervenções. O processo de acompanhamento da apropriação da estratégia de comunicação em saúde trabalhada nesta pesquisa, e que se constituiu como seu campo, responde à necessidade já detectada por outros pesquisadores da área de comunicação e educação em saúde de submeter esses materiais a avaliações, mesmo depois de elaborados.

A proposta desta pesquisa permitiu uma aproximação ao referencial de competência, tornando-o central na análise construída neste trabalho, tendo em vista que propõe a avaliação como um processo contínuo, formativo, e que se adequa à tecnologia de comunicação em saúde ora trabalhada.

Nesta dissertação são apresentados os resultados obtidos a partir da avaliação do desenvolvimento de competências necessárias para utilização do “*Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose*”, trazendo uma descrição desta tecnologia de saúde e do curso desenvolvido para sua transferência, bem como o aporte teórico utilizado para aproximação ao objeto de estudo.

LISTA DE QUADRO

Quadro 1 – Competências necessárias, seus critérios e indicadores observados na utilização do GCS-Tb p. 46

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 APROPRIAÇÃO E USO DE TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E TUBERCULOSE	17
2.1 Apropriação e utilização de tecnologias de comunicação em saúde por profissionais da área	17
2.2 Descrição da tecnologia de comunicação em saúde “Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose” (GCS-Tb)	19
2.3 Descrição do curso de extensão “Estratégia de Comunicação e Educação no Controle da Tuberculose”	22
3 SOBRE O CONCEITO DE COMPETÊNCIA	31
3.1 Avaliação e certificação de competência: uma avaliação qualitativa	36
4 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA	39
4.1 Construção de indicadores	42
4.2 Aspectos éticos	48
5 PRÁTICAS DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE DOS PARTICIPANTES DO CURSO	49
6 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À UTILIZAÇÃO DO GCS-TB	51
6.1 Avaliação do desempenho de competências técnicas	51
6.2 Avaliação do desempenho de competências organizacionais	54
6.3 Avaliação do desempenho de competências comunicativas	57
6.4 Avaliação do desempenho de competências pessoais	59
6.5 Avaliação do desempenho de competências sociopolíticas	60

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	74
Anexo A - Questionário 1 (instrumento de linha de base)	75
Anexo B - TCLE	83
Anexo C - Roteiro de observação	84
Anexo D - Questionário 2 (avaliação do curso)	85

1 INTRODUÇÃO

As ações comunicativas acompanham o conjunto de práticas dos profissionais de saúde nas quais é habitual a preocupação em transmitir regras, normas e informações sobre as condutas a serem seguidas, não sendo comum a busca do conhecimento sobre significados e interpretações que os usuários dão aos seus problemas de saúde e às orientações recebidas (RANGEL, 2008). Por não se considerar processos de atribuição de sentidos, tais ações de comunicação e educação neste campo encontram barreiras situacionais, cognitivas e culturais (RANGEL e NATANHSON, 2011). Deste modo, pode-se afirmar que as ações de comunicação e educação em saúde refletem a relação hegemônica entre profissional de saúde e paciente: assimétrica, não dialógica e normatizante.

Segundo Rosen (1994), o reconhecimento da importância da educação em saúde surgiu com as primeiras campanhas anti-tuberculose, e continua a ser a estratégia mais importante no controle desta enfermidade (HOA et al., 2009), devendo os esforços ser direcionados para manter os pacientes informados e conscientes sobre todos os aspectos relacionados à doença e seu tratamento (BARBERO e HERNÁNDEZ, 2009).

No entanto, deve-se considerar que é de fundamental importância que se observe a necessidade de um conjunto de intervenções para a abordagem do problema, tanto na organização dos serviços de saúde, quanto no âmbito da educação e comunicação, enfatizando-se a melhoria da relação entre estes serviços e a população, uma vez que, desde a década de 1950, observou-se que é insuficiente a ênfase ao tratamento da tuberculose centrado apenas no medicamento (GONÇALVES, 2000).

Destaca-se ainda que é crescente o movimento de ampliação da compreensão da complexidade dos problemas de saúde e mesmo do conceito de saúde, o que tem como consequência políticas de promoção da saúde que acentuam a importância da participação social. Assim, as ações de educação em saúde surgem como estratégias desenvolvidas para a promoção da saúde, as quais visam desenvolver autonomia da população no processo de saúde-cuidado, importando o envolvimento e a participação de todos nessas ações, e não apenas das pessoas acometidas por problemas de saúde, neste caso, a tuberculose.

Ressalta-se assim que o papel transformador da realidade de saúde não deve ser atribuído somente às práticas de comunicação e educação, uma vez que esse processo depende da mobilização de diversos fatores e recursos infraestruturais. Mesmo no âmbito da comunicação, devem ser consideradas as diferenças de repertórios linguísticos e no manejo dos códigos de linguagem e principalmente dos lugares de fala e de poder dos sujeitos, o que torna a comunicação um fenômeno complexo (RANGEL, 2008). Dodor & Kelly (2010) observando a organização de um serviço de saúde identificaram manifestações de estigma associado à tuberculose relacionadas a esta organização, que mantinha a unidade para atendimento a essa doença em um setor afastado do atendimento das demais, com horário específico em que não houvesse muitas pessoas circulando, e cuja alocação de um profissional de saúde para este setor era vista como um “castigo”. Desta observação se deduz que o estigma, um dos traços mais relevantes e problemáticos do controle da tuberculose, já relatado em diversos estudos, se manifesta tanto em procedimentos administrativos, como em comportamentos e atitudes voltadas para os pacientes e para os profissionais que trabalham no setor de atendimento dos casos de tuberculose (DODOR & KELLY, 2010).

Uma vez que o processo de estigmatização associado à tuberculose é um aspecto importante a ser considerado, importante situar que suas raízes se encontram na história da doença especialmente nas práticas dos próprios serviços de saúde, quando os mecanismos de transmissão, adoecimento e tratamento ainda não eram totalmente conhecidos, e ainda estão cristalizadas nos serviços de saúde até os dias de hoje.

Segundo Goffman (2008), a estigmatização consiste no processo em que o indivíduo manipula as informações que poderão desacreditá-lo frente à sociedade, o que se observa com pessoas acometidas por tuberculose e seus familiares - o que tem sido descrito por diversos pesquisadores em relatos sobre a doença (WU, 2009; PORTO, 2007; ROSEN, 1994; SONTAG, 1984).

Embora tenha sido associada, a princípio, com um estado de refinamento do espírito que era almejado por artistas no século XIX e início do século XX, a enfermidade passou a ser associada posteriormente à desordem social e vida desregrada, de modo que era vista como um castigo moral àqueles que deveriam manter-se afastados da vida social. O desconhecimento das causas da tuberculose, assim como a

ineficácia do tratamento condenavam à morte os doentes, o que justificava o horror coletivo diante da doença (PORTO, 2007; ROSEMBERG, 1999; SONTAG, 1984).

Entretanto, atualmente, a despeito de todos os recursos disponíveis para tratamento e cura desta enfermidade, conhecimentos ultrapassados ainda permanecem cristalizados no imaginário popular, de modo a reforçar o estigma. Na prática isto se traduz em obstáculos na detecção de novos casos e de comunicantes, além de interferir na decisão do paciente em buscar o serviço de saúde e cumprir o tratamento por completo, o que em última instância pode contribuir para o aumento do risco de transmissão e da morbi-mortalidade da tuberculose, dificultando seu controle.

Em pesquisa recente realizada em Salvador-Bahia, também foram constatadas situações de desinformação e estigmatização relacionadas à tuberculose, tais como o desconhecimento sobre a cura da doença e sobre os perigos do abandono, práticas de isolamento do doente e de seus objetos pessoais e mesmo recusa de atendimento por parte de profissionais de saúde (RANGEL, 2010a).

Com o objetivo de “desenvolver estratégias de comunicação e métodos analíticos da dinâmica produção/recepção/circulação da informação,” (RANGEL, 2010a, p. 13) de modo que dessem suporte ao controle da tuberculose no município de Salvador, pesquisadores da Universidade Federal da Bahia realizaram um estudo no qual foram combinadas metodologias múltiplas para identificar e mapear recursos comunitários (pessoas e instituições) e produtos culturais sobre tuberculose - dentre outros aspectos -, além de técnicas para aproximação aos saberes sobre a doença, no intuito de conhecer para fazer circular esses saberes nos modos próprios de representação local. Tais saberes foram acessados por meio de entrevistas individuais e grupos focais e da realização de oficinas de criação, estimulando-se a expressão cultural local, através de músicas, peças teatrais e falas livres de julgamentos ou censuras (RANGEL, 2010a).

A estratégia de comunicação utilizada está sistematizada em uma tecnologia de comunicação em saúde, o “Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose” (GCS-Tb), disponível em CD-R, que orienta a utilização de métodos e técnicas interativas e dialógicas na abordagem da tuberculose em comunidades.

Esta é uma iniciativa, dentre outras no país, que no caso da tuberculose, busca atender à necessidade de desenvolver práticas de educação e comunicação efetivas que contribuam com o controle da doença, haja vista que o estigma que a acompanha historicamente vem se mostrando como um fator que dificulta o acesso aos serviços, bem como o sucesso do tratamento. A abordagem do ponto de vista do paciente, contextualizando seu comportamento, amplia a discussão sobre tuberculose para além das fronteiras da clínica, uma vez que *“representações de saúde/doença e as concepções sobre a etiologia e o contágio da tuberculose demonstram que a sabedoria e a prática dos pacientes não se restringem aos ensinamentos médicos”* (GONÇALVES et al., 1999, p. 778), havendo uma gama de possibilidades e articulações que não são abarcados pelo Programa de Controle da Tuberculose (PCT).

É imprescindível que os profissionais de saúde considerem o universo de percepções da tuberculose, orientando corretamente o doente e seus familiares para não alimentar o processo de estigmatização e isolamento, bem como o abandono do tratamento (BARBERO e HERNÁNDEZ, 2009; BAYER, 2008). Nesse sentido, as práticas de educação e comunicação ganham maior importância, não só por seu potencial informativo, mas também por sua capacidade de influenciar opiniões, percepções e representações, e fazer circular e interagirem signos e significados distintos acerca da doença, estimulando a apropriação de novas percepções e ações. Isto requer o conhecimento pré-existente dessas características, além das motivações dos sujeitos e seus repertórios linguísticos.

Kritski et al. (2007) analisando a tendência das publicações brasileiras em tuberculose no período de 1986 a 2006, sinalizam a necessidade de pesquisas qualitativas para se compreender aspectos importantes da epidemia de tuberculose, dentre os quais as atitudes e crenças de pacientes e familiares que resultam em abandono e mortalidade. Os autores sugerem, como tema de estudo a ser explorado, novas intervenções nas ações de controle da tuberculose, e relatam ainda um incremento de projetos de pesquisa colaborativos entre instituições acadêmicas e do sistema de saúde, fruto do interesse das primeiras (KRITSKI et al., 2007).

Assim, uma vez que os profissionais de saúde são os facilitadores neste processo, torna-se imprescindível o desenvolvimento de novas competências na formação destes profissionais (MACHADO et al., 2007). Observa-se, pois que as novas

exigências dos serviços de saúde demandam uma nova política de educação para este setor.

Em geral, nas ações de educação e comunicação em saúde utilizam-se recursos comunicativos tais como vídeos, cartazes, folhetos e cartilhas como uma maneira de facilitar o entendimento acerca dos temas abordados sobre saúde-doença-cuidado. No entanto, esses materiais nem sempre são devidamente apropriados pelos profissionais de saúde, nem mesmo provocam uma reflexão sobre suas práticas (MONTEIRO, VARGAS, CRUZ, 2006), e sequer estão inseridos em um programa ou projeto de educação e comunicação em saúde.

De outro modo, a tecnologia de comunicação em saúde ora trabalhada foi transferida aos participantes do Curso de Extensão universitária “Estratégia de Comunicação e Educação no Controle da Tuberculose” que se interessaram pela temática, com o objetivo de se constituir como uma proposta de prática estruturada, programada, para alcançar objetivos bem definidos.

Como forma de avaliar as dificuldades para a sua implantação, optou-se por utilizar o modelo de competência, no sentido de identificar quais seriam necessárias à apropriação da mesma, e, portanto, prestando-se para a avaliação do processo de ensino-aprendizagem dos participantes do curso. Durante este, aos cursistas foi apresentado o conjunto da tecnologia em momentos de concentração e dispersão e por fim os cursistas foram responsáveis pela aplicação da tecnologia em seus territórios de atuação. O curso e suas atividades compuseram o campo desta pesquisa de avaliação da apropriação e utilização da tecnologia de comunicação em saúde, realizada em Salvador-Bahia no período de outubro de 2011 a julho de 2012.

Assim, a pesquisa ora apresentada pretendeu responder a seguinte questão: quais as competências necessárias para o desenvolvimento das ações propostas no GCS-Tb? Parte-se do pressuposto de que é necessário o desenvolvimento de determinadas competências para utilização do GCS-Tb, a fim de que esta abordagem ocorra de modo a permitir o conhecimento da situação da distribuição da tuberculose no território; o conhecimento dos recursos de saúde, sociais e comunitários no território; a identificação e mapeamento dos saberes circulantes sobre a doença (percepções, representações); a identificação e mapeamento dos recursos culturais disponíveis; a realização de encontros comunitários para promover debates públicos sobre a tuberculose.

Portanto, esta pesquisa tem como objetivo geral analisar as competências necessárias para o desenvolvimento das ações propostas pelo guia (GCS-Tb). Os objetivos específicos consistem em:

- Identificar e avaliar as competências necessárias para se apropriar da realidade local, através da identificação e mapeamento de casos de tuberculose, de recursos comunitários e de serviços de saúde disponíveis no território para o controle da doença.
- Identificar e avaliar as competências necessárias para o desenvolvimento de métodos e técnicas lúdicas, dialógicas e que promovam interação significativa para a aproximação aos saberes sobre a tuberculose no território.
- Identificar e avaliar as competências necessárias para a identificação e seleção de produtos culturais sobre a tuberculose (impressos, vídeos, textos) disponíveis para uso em atividades educacionais no território.
- Identificar e avaliar as competências necessárias para a organização e realização de encontros comunitários para promover debates públicos sobre a tuberculose.

2 APROPRIAÇÃO E USO DE TECNOLOGIAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E TUBERCULOSE

2.1 Apropriação e utilização de tecnologias de comunicação em saúde por profissionais da área

A utilização de materiais educativos em saúde, embora vista como facilitadora de abordagens em comunidades, em geral não é acompanhada de uma reflexão acerca dos pressupostos envolvidos na produção e uso destes recursos (MONTEIRO, VARGAS, CRUZ, 2006). Siqueira (2006) também assinala que o crescimento da incorporação de recursos tecnológicos utilizados em atividades educativas em saúde não tem sido acompanhado de considerações acerca dos processos de comunicação e educação, suas articulações e aspectos relacionados pelos profissionais de saúde.

Observa-se, pois a necessidade de os profissionais se apropriarem das novas tecnologias de comunicação e educação em saúde, bem como participarem da produção destes recursos, a fim de contextualizá-los de acordo com as especificidades locais. Ressalta-se a produção de recursos educativos em saúde que priorizem a interatividade, a troca de saberes e a reflexão sobre as temáticas abordadas, assim como a valorização do processo de capacitação dos indivíduos para transformação da realidade (MONTEIRO, VARGAS, CRUZ, 2006).

Struchner e Gianella (2006) corroboram com esta concepção, e sugerem que a adoção de tecnologias de comunicação deve focar o processo de aprendizagem, permitindo a valorização de experiências individuais. As autoras problematizam a necessidade de educação permanente para profissionais de saúde e práticas educativas que não enfocam a aprendizagem como construção ativa e compartilhada do conhecimento, não permitindo refletir sobre as próprias experiências e práticas.

Também Machado et al. (2007) consideram que o usuário deve ser visto como sujeito histórico, social e político e, portanto, contextualizado, de modo que as ações de educação em saúde devem se constituir em elemento produtor de um saber coletivo que culmine em autonomia e emancipação do indivíduo para o cuidar de si, da família e de seu entorno.

Entretanto, aspectos contrários, como as práticas verticalizadas, descontextualizadas e processos de educação que não permitem reflexão acerca de questões sociopolíticas relacionadas ao processo saúde-doença-cuidado, são utilizadas como propulsoras do uso de novas tecnologias de informação e comunicação que priorizem o aprendiz e seus desafios profissionais, a resolução de problemas reais e a integração teoria-prática (STRUCHNER e GIANELLA, 2006).

Alguns autores expressam a escassez de artigos científicos sobre produção e utilização de tecnologias de comunicação na área da saúde (STRUCHNER e GIANELLA, 2006), o que foi percebido na fase de investigação bibliográfica acerca do tema para embasar esta pesquisa.

Pimenta et al. (2006) consideram que a disponibilidade de materiais informativos de qualidade e que possam contribuir nos programas de controle que envolvem a comunidade é um requisito importante em processos de capacitação de profissionais. Assim, tomando-se o GCS-Tb como material a ser trabalhado no curso, considera-se que o guia atende a este requisito, tendo em vista que o mesmo se fundamenta em teorias e métodos das ciências sociais e da comunicação, tendo sido produzido mediante processo de pesquisa junto à comunidade e profissionais de saúde.

Sendo um dos desafios da área de informação, educação e comunicação em saúde o trabalho com materiais “elaborados dentro de critérios bem definidos, precedidos e subsidiados por investigações, bem como avaliações posteriores” (PIMENTA et al., 2006, p. 93), esta pesquisa se apresenta como uma avaliação posterior, sob o referencial de competências e a partir de uma abordagem qualitativa de um curso de extensão universitária. Segundo estes autores, é necessário investir na formação de profissionais capazes de desenvolver práticas orientadas às necessidades da população e ao exercício da autonomia, combinando-as com a capacidade de trabalho em equipe, raciocínio investigativo, criatividade, bem como a capacidade de comunicação e de resolução de problemas. Estas capacidades coincidem com aquelas consideradas importantes e necessárias para o manejo da tecnologia de comunicação em saúde, apresentada a seguir.

2.2 Descrição da tecnologia de comunicação em saúde “Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose” (GCS-Tb)

A elevada incidência da tuberculose em algumas áreas do município de Salvador-Bahia, ao lado de questões relacionadas a problemas na adesão da população às ações do programa de controle desta doença mobilizaram o desenvolvimento de uma pesquisa no território do Distrito Sanitário do Centro Histórico (Salvador-Ba) para apoiar ações de comunicação no Programa de Controle da Tuberculose, no período de dezembro de 2007 a fevereiro de 2010 (RANGEL-S, 2010a).

O *“Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade no controle da tuberculose”* (GCS-Tb) é produto da pesquisa supracitada, e constitui-se em uma tecnologia de comunicação em saúde que objetiva “contribuir para melhorar a qualidade da interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidades, acerca da tuberculose”, a partir da proposição do uso de metodologias que convidam “à realização de ações de comunicação abertas à escuta dos saberes, e à observação das práticas sociais em torno da doença no território.” (GUIA, texto de apresentação).

Deste modo, o guia GCS-Tb coloca-se como um instrumento para aproximação de saberes circulantes sobre a tuberculose em um território definido, com potencial para reduzir o preconceito acerca da doença, uma vez que a sua proposta está centrada na realização de conversas públicas sobre a tuberculose, de maneira lúdica e diversificada. Além disso, utiliza técnicas para elaboração de mapas de casos de tuberculose e de recursos comunitários, de modo a levar os usuários a conhecerem a realidade epidemiológica da doença em seu território e os recursos disponíveis para seu enfrentamento, e estimula a realização de oficinas para aproximação aos saberes locais e compartilhamento dos mesmos em um encontro de comunicação sobre a tuberculose. A mídia (CD-R) comporta, além da descrição detalhada dos métodos e técnicas, um conjunto de produtos selecionados (midiateca) como recursos opcionais para se trabalhar com o tema:

Assim o Guia propõe a criação de momentos, em espaços públicos, que possibilitam a comunicação interativa, mediante atividades lúdicas de

representação de experiências contadas e vividas, nos modos próprios da cultura local, como músicas, narrativas, histórias em quadrinhos, vídeos, rodas de conversa, dentre outras.” (texto de apresentação do GCS-Tb, 2010).

As propostas de intervenção que contemplam uma comunicação interativa e atividades lúdicas visam a utilização de uma outra lógica discursiva, em lugar da lógica do discurso hegemônico biomédico, de caráter normalizador, que predomina em abordagens de saúde junto a comunidades, e que vem sendo utilizada ao longo da história das políticas públicas de saúde no Brasil sem obter sucesso (RANGEL e NATANHSO, 2011). Assim, o guia apresenta uma proposta que reflete o entendimento dos pesquisadores sobre a necessidade de colocar em diálogo os saberes circulantes (de profissionais de saúde e leigos), uma vez que a diferença entre estes saberes pode se transformar em distanciamento e em dominação sobre as pessoas (ADAM e HERZLICH, 2001).

O guia GCS-Tb está disponibilizado no formato de CD-R, e foi distribuído gratuitamente aos participantes de um curso de extensão (conforme descrito a seguir) destinado, em última análise, a apresentar e validar esta tecnologia de comunicação em saúde. O guia encontra-se estruturado com os seguintes tópicos:

- Abertura (Lema adotado pela pesquisa e créditos das instituições; Equipe do Projeto; Colaboradores do Campo; Colaboradores estudantes; Equipe de produção; Agradecimentos).
- Página inicial (menu): apresentação sumária dos itens abordados no decorrer do Guia, tais como: Tuberculose, Pesquisa, Mídiateca, Mapas, Oficinas e Estratégias de comunicação. Para acessar cada um deles, basta clicar, que se encontra a descrição dos assuntos pertinentes a cada item. Além destes links, encontram-se os itens Apresentação e Referência.
- Apresentação: descrevem-se nesta página os objetivos e justificativa do guia, de forma detalhada.
- Tuberculose: neste item é apresentada um pouco da história da tuberculose, e alguns dados epidemiológicos que informam sobre a situação da doença no mundo, no Brasil e na Bahia.

- Pesquisa: neste item é mostrado como as informações sobre o território e os saberes sobre a doença foram sistematizados, ilustrando-se com fotos e mapas informações sobre a rede de Serviços de Saúde. Ainda nesta página, encontram-se descritos os produtos elaborados a partir da pesquisa que originou o próprio GCS-Tb, como o filme documentário e os trabalhos apresentados em congresso (pôsteres). Os conhecimentos produzidos pela pesquisa são também sistematizados e apresentados, demonstrando-se como eles foram acessados mediante oficinas lúdicas com membros da comunidade, disponibilizando-se os vídeos.
- Midiateca: são disponibilizados filmes, livro, pôsteres, textos e vídeos que ilustram a tuberculose e seus movimentos, e que podem ser utilizados em atividades com a comunidade.
- Mapas: neste item encontra-se a metodologia utilizada para mapear o território, por meio do *Google Maps*. A partir de fontes de informação confiáveis, combinando as informações disponíveis no sistema de saúde e aquelas já conhecidas pelos profissionais de saúde e comunidade, foi possível elaborar três mapas, os quais apresentam a distribuição espacial dos casos de tuberculose, os locais de atendimento na rede de serviços de saúde e informações quanto aos recursos comunitários do território que podem ser utilizados em intervenções.
- Oficinas: nesta interface são apresentadas as oficinas de histórias em quadrinhos, de programas de TV e de análise de materiais impressos, as metodologias utilizadas e os produtos dessas oficinas.
- Estratégia de Comunicação: são eventos públicos precedidos das oficinas, que possibilitam o compartilhamento de saberes em um debate público sobre a tuberculose, fazendo circular os conhecimentos existentes acerca da doença, na condição de possibilitar sua ressignificação e de romper com a lógica da ordenação dos discursos dos profissionais de saúde regularizando os demais saberes.
- Referências.

A estratégia apresentada no guia, e que foi desenvolvida durante a pesquisa anteriormente mencionada, corroboram com a concepção de que programas ou intervenções educacionais em saúde devem iniciar com o entendimento de conhecimentos e crenças da população acerca da doença a ser trabalhada, bem como o seu tratamento (HOA et al., 2009). Assim, o guia consiste em uma tecnologia de comunicação em saúde culturalmente sensível (RANGEL, 2010a), tendo em vista sua proposta de escuta das percepções locais acerca da tuberculose (HOA, et al., 2009; WU et al., 2009).

A adoção do guia GCS-Tb pelos serviços de saúde deve propiciar uma reflexão acerca de materiais e métodos utilizados no trabalho de promoção da saúde, na medida em que colabora para construção de práticas dialógicas nas interações no âmbito desses serviços, e que podem se traduzir em resultados melhores no controle da tuberculose, em especial quanto à desmistificação da doença com maior possibilidade de adesão ao tratamento.

2.3 Descrição do curso de extensão “Estratégia de Comunicação e Educação no Controle da Tuberculose”

Com o objetivo de analisar o desenvolvimento das atividades apresentadas no guia GCS-Tb, vinculou-se a distribuição desta tecnologia de comunicação em saúde a um curso de extensão universitária, voltado para sua transferência a profissionais de saúde e demais interessados em trabalhar com o tema em comunidades, segundo proposta da pesquisa “Avaliação de Estratégia de Comunicação no Controle da Tuberculose” (pesquisa de avaliação). Tratava-se de:

“implantar atividades educomunicativas nos territórios do DSCH mediante a utilização do Guia [...]; acompanhar e avaliar a implantação do guia quanto à adesão e adequação das atividades propostas no Guia; acompanhar e avaliar o processo de apropriação/aprendizagem dos participantes a fim de aprimorar os métodos e técnicas adotadas; qualificar o guia para que seja utilizado em outros Distritos Sanitários” (Rangel, 2010a, p. 5-6).

O curso de extensão foi realizado com carga horária de 98h, durante o período de outubro de 2011 a julho de 2012, mediante encontros expositivos e dialogados, com frequência inicialmente quinzenal e posteriormente semanal, na Biblioteca Pública do Estado da Bahia e no Instituto de Saúde Coletiva, além das oficinas realizadas no território de atuação dos participantes. O Curso foi formalizado no sistema da Pró-reitoria de Extensão da UFBA, como uma atividade de extensão universitária, o que possibilita a emissão de certificados de participação.

A capacitação para uso do guia GCS-Tb foi inicialmente destinada a profissionais de saúde e de outras instituições sociais, voluntários de ONG e outras organizações comunitárias atuantes, estudantes de graduação e pós-graduação das áreas de saúde, informação, comunicação e ciências sociais e membros da comunidade que se interessassem pelo tema ‘tuberculose’, os quais foram mobilizados por meio de divulgação realizada preferencialmente no território do Distrito Sanitário do Centro Histórico (DSCH), em Salvador-Ba. Pesquisadores e bolsistas da pesquisa de avaliação visitaram serviços de saúde, ONG’s, escolas e outras instituições para divulgação do curso de extensão, realizando pré-inscrições. Para efetivá-las, os interessados preencheram uma ficha e entregaram a documentação exigida (cópia de RG, currículo, comprovante de residência).

Foram realizadas inscrições em dois momentos. No primeiro, foram realizadas trinta e sete inscrições, e no segundo momento houve dezoito inscritos, finalizando o curso dezenove participantes. A turma era formada por mulheres (o que permite referi-las como “as cursistas”), com idade entre 24 e 35 anos, apresentando uma composição bastante equilibrada entre agentes comunitárias de saúde, enfermeiras e estudantes de enfermagem. A necessidade de novas inscrições ocorreu devido a um esvaziamento significativo no curso, restando apenas duas participantes agentes comunitárias.

A evasão do curso ocorreu por diversos fatores, tais como a duração do curso e a falta de uma agenda bem definida em relação a dias e horários dos encontros, os quais eram pactuados a fim de conciliar as agendas dos participantes, no intuito de facilitar a participação; a priorização de outras intervenções em comunidades e desinteresse sobre as metodologias propostas para abordagem da tuberculose em comunidades, uma vez que o curso concorria com outras capacitações oferecidas sobre a tuberculose, e com atividades realizadas junto a comunidades, tais como entrega de panfletos e palestras

realizadas especialmente nos meses de datas comemorativas de combate à doença; dentre outras situações particulares a cada um, as quais os impossibilitaram os inscritos de continuar. Também o período de recesso devido às festividades de final de ano e do carnaval podem ter contribuído para desmobilizar os inscritos no curso.

O curso de capacitação estava organizado em quatro módulos, a saber:

1) Fundamentos de práticas de Comunicação e Educação em Saúde: discussão das noções de tuberculose e de comunicação e educação em saúde;

2) Mapeamento de recursos de comunicação: breve apresentação do guia GCS-Tb; instruções para utilização dos instrumentos disponíveis no guia para coleta de dados no território (instrumentos I e II - identificação e mapeamento de casos de tuberculose; III - identificação e mapeamento de recursos comunitários e IV - identificação e mapeamento de serviços de saúde); instruções para elaboração dos mapas com utilização da ferramenta *Google Maps*;

3) Metodologias para conhecer as concepções de tuberculose no território: organização e realização de oficinas no território para aproximação aos saberes sobre a doença circulantes no território; identificação e seleção de produtos culturais;

4) Metodologias para fazer circular a informação e conhecimento no território: organização e realização de um encontro comunitário para promover debates públicos sobre a tuberculose.

No primeiro módulo, foram discutidos aspectos relacionados à tuberculose, tais como a dinâmica da doença e o estigma a ela relacionado, acolhimento e apoio ao paciente e seus familiares e disponibilização de informações aos usuários em geral sobre esta enfermidade. Discutiu-se ainda sobre as práticas de comunicação e educação em saúde e seus pressupostos, chamando atenção para o uso meramente instrumental da comunicação nas abordagens em saúde, apresentando como alternativa as práticas dialógicas. Deste modo, os temas abordados foram explicitados permitindo aos participantes expressarem-se e trazerem contribuições de suas práticas. Neste módulo foi possível identificar as cursistas e suas práticas acerca da tuberculose, inclusive com a aplicação do questionário de linha de base (Q1) no início do curso.

O segundo módulo compreendeu a apresentação dos tópicos introdutórios do guia GCS-Tb, dando início a sua utilização a partir dos instrumentos para identificação e mapeamento de informações (I - IV) que possibilitam aproximar-se da realidade do local onde serão desenvolvidas as atividades junto à comunidade. Foram disponibilizadas versões impressas do guia para cada cursista, e após instruções e debate para a correta aplicação e preenchimento destes instrumentos, foi dispensado a todos um período de quinze dias a fim de possibilitar a realização deste trabalho de campo inicial.

No entanto, nesta fase ocorreu o esvaziamento do curso e a consequente formação de uma nova turma, de modo que os encontros passaram a ocorrer semanalmente a fim de permitir tanto que houvesse a equiparação de discussão com as pessoas que permaneceram no curso, como que o curso não se tornasse mais extenso. Neste período de recomeço do curso, as pessoas que permaneceram da primeira turma tiveram um prazo maior para realizar o trabalho de campo inicial (mapeamento com utilização dos instrumentos I-IV), e embora fosse facultativo participar das novas discussões, elas optarem por comparecer em todos os encontros.

A partir da equiparação de conteúdos, as cursistas se dividiram em três grupos, conforme seus territórios de ação, a fim de viabilizar o desenvolvimento e acompanhamento das atividades de campo. Assim, o grupo 1 era composto por duas agentes comunitárias de saúde; o grupo 2, por cinco agentes comunitárias; e o grupo 3, por enfermeiras e estudantes de enfermagem. Apenas as integrantes do grupo 1 acompanharam o curso desde a primeira turma. Dois grupos possuíam o mesmo território de ação (grupos 2 e 3).

Deste modo, finalizado o novo prazo para aplicação dos instrumentos para mapeamento de informações do território que permitiram aproximar-se da realidade local, discutiu-se sobre facilidades, dificuldades e estratégias de aplicação dos instrumentos para obtenção destas informações, as quais foram trabalhadas com a ferramenta *Google Maps* para a construção dos mapas do território de cada grupo. Para construção dos mapas, os grupos 2 e 3 trabalharam como um grupo só, já que possuíam o mesmo território.

Neste módulo foi possível observar principalmente o desenvolvimento das competências técnicas, comunicativas, e sociopolíticas.

O terceiro módulo consistiu na realização de três oficinas para mapeamento dos saberes sobre a tuberculose circulantes em cada território. Estas oficinas permitem acessar os conhecimentos dos participantes de maneira lúdica e criativa, sendo necessário que os facilitadores adotem uma postura de escuta e valorização dos saberes populares, restringindo-se neste momento inicial a acolher estes saberes ao invés de corrigi-los, atentando-se para não inibir a livre expressão de todos. A seguir, a descrição das oficinas:

- oficina de história em quadrinhos (HQ): são disponibilizadas figuras diversas de pessoas (jovens, adultos, casais, crianças, idosos, enfermeiras, médicos, etc), comidas (frutas, verduras, carnes, etc), casas, instituições sociais (igrejas, postos de saúde ou hospitais, casas, praças, etc), dentre outras; tesoura, cola, lápis coloridos e folhas de papel em branco, enfim, todo material que se julgue necessário para produção de uma HQ. Os participantes devem criar uma história tendo como tema geral “tuberculose”, sozinhos ou em grupos. As histórias produzidas devem ser contadas para todos os presentes. O facilitador pode delimitar mais o tema a ser abordado (por exemplo: tratamento, preconceito, cura, etc).

O grupo 1 realizou esta oficina com a participação de jovens e adultos moradores do bairro, que foram divididos em grupos para criação da HQ, com temas pré-definidos e distribuídos para cada grupo (tratamento, preconceito, transmissão). Foram disponibilizadas figuras de revistas e jornais já recortadas, além dos demais materiais necessários para esta oficina.

O grupo 2 realizou esta oficina com crianças em sala de aula (idade entre 10 e 14 anos), que foram divididas em grupos. Disponibilizaram-se figuras escolhidas na internet e impressas, além dos outros materiais necessários, solicitando-se a criação de histórias sobre tuberculose, não sendo especificados temas.

O grupo 3 trabalhou nesta oficina com crianças de idade variada (5-13 anos) atendidas por um projeto de desenvolvimento social. As crianças foram

solicitadas a desenhar uma história sobre a tuberculose, disponibilizando-se papel e lápis coloridos.

- oficina de programas de TV: os participantes são convidados a, em grupo, criar quadros como, por exemplo, comerciais, novela ou telejornal, abordando como tema a tuberculose, e os quais devem ser apresentados para todos os presentes ao final da oficina.

O grupo 1 trabalhou com jovens e adultos moradores do bairro, além de integrantes do grupo de trabalho de tuberculose (GT-Tb) que realizam abordagens em comunidades, e agentes comunitárias de saúde. Os presentes foram divididos em dois grupos e a cada um foi solicitada uma atividade diferente: criar uma novela e um telejornal que abordassem a tuberculose.

O grupo 2 trabalhou com crianças em sala de aula (idade entre 8 e 12 anos), que foram divididas em grupos e solicitadas a criar música ou peça teatral sobre a tuberculose.

O grupo 3 trabalhou com crianças atendidas por um projeto de desenvolvimento social (idade entre 8 e 14 anos). Elegeu-se três líderes que deveriam escolher os integrantes de seus grupos, incluindo as facilitadoras (isto é, as estudantes de enfermagem e enfermeiras). Os três grupos formados teriam que criar uma peça teatral com personagens pré-determinados (médico, “bacilão”, doente).

- oficina de análise de materiais impressos: nesta oficina são apresentadas peças comunicativas (folders, folhetos, histórias em quadrinhos, cartazes) sobre tuberculose que são utilizadas pelos serviços de saúde para que sejam analisadas pelos participantes, que devem opinar sobre: texto apresentado (se são suficientes, se estão de forma clara, de fácil entendimento, tamanho da letra, etc), desenhos e/ou cores utilizados, dentre outros aspectos que se julgue pertinente analisar.

O grupo 1 trabalhou com jovens e adultos moradores do bairro, agentes comunitárias de saúde e voluntários do GT-Tb, que foram divididos em grupos. Disponibilizaram-se para cada grupo três ou quatro peças comunicativas e folhas em branco para que pudessem escrever as opiniões do grupo sobre cada peça comunicativa.

O grupo 2 trabalhou com crianças em sala de aula (idade entre 12-14 anos), que foram divididos em grupos para analisarem duas ou três peças comunicativas, que deveriam escrever as opiniões do grupo em uma folha.

O grupo 3 trabalhou com um grupo comunitário de mulheres. As peças comunicativas foram distribuídas para os presentes, sentados em semicírculo, que deviam analisá-las e repassá-las. Os cartazes foram mostrados pelas facilitadoras no meio do semicírculo para que todos emitissem suas opiniões sobre esses materiais.

Neste módulo também foi solicitado às cursistas a identificação de produtos culturais a serem utilizados na realização do encontro de comunicação sobre a tuberculose, ou ainda durante as oficinas.

Observou-se o desenvolvimento de competências técnicas, comunicativas, organizacionais e pessoais.

Finalmente, o quarto módulo consistiu na realização do encontro de comunicação sobre tuberculose, contando com a participação de outros profissionais de saúde, de modo a ocasionar o diálogo entre os diversos saberes, sem que houvesse a imposição do técnico sobre o popular. Os produtos das três oficinas são apresentados e/ou expostos durante este encontro.

O grupo 1 realizou o encontro com a participação de moradores do bairro, integrantes do GT-Tb, agentes comunitários de saúde e enfermeiras. Foram convidados poetas que realizaram apresentação de seus trabalhos e improvisações acerca do tema. Elegeram-se uma HQ para ser apresentada, estando as demais expostas em um painel, junto com algumas peças comunicativas. Uma história de teatro de fantoches sobre a tuberculose foi apresentada pelas facilitadoras – a qual já era utilizada em outras intervenções pelas facilitadoras. Utilizou-se uma dinâmica de perguntas e respostas para que eventuais dúvidas sobre a doença fossem esclarecidas, de modo que profissionais de saúde e comunidade interagiram, fazendo intervenções e expondo experiências. Uma música sobre tuberculose (paródia) era cantada nos intervalos entre cada atividade. O encontro, assim como as oficinas, foi realizado na sede de uma associação de moradores.

O grupo 2 realizou o encontro com algumas poucas crianças, além de agentes comunitários de saúde, enfermeira e liderança comunitária. Realizaram uma apresentação de todas as atividades realizadas nas oficinas e passaram vídeos produzidos para campanhas contra a tuberculose. As HQ produtos da oficina estavam expostas em um painel, assim como as perguntas formuladas pelas crianças ao final da oficina de análise de materiais, para que fossem respondidas por um personagem por elas criado, a “doutora sabe-tudo”. Assim, um fantoche respondeu algumas perguntas, e outras foram direcionadas aos profissionais presentes. O encontro ocorreu em um salão cedido pela igreja católica, enquanto as três oficinas foram realizadas em escolas, em sala de aula, autorizadas pelas coordenações e acompanhadas por professoras responsáveis pelos horários cedidos.

O grupo 3 realizou o encontro com a participação das crianças e adolescentes do projeto social, as mulheres do grupo comunitário, médica, enfermeiras, agentes comunitárias de saúde. Também houve a participação de esportistas, atendendo a uma solicitação dos coordenadores do projeto social, que promovem encontros de pessoas que exercem atividades pelas quais as crianças e adolescentes se interessam, com o objetivo de estimular o crescimento pessoal de cada um. Realizou-se uma apresentação sobre a tuberculose produzida pelas facilitadoras, e depois as dúvidas foram tiradas tanto pelos integrantes do grupo, como pelos profissionais de saúde presentes. Os coordenadores do projeto social e do grupo de mulheres apresentaram um pouco da história de seus projetos, e então os esportistas também falaram sobre sua trajetória e responderam as perguntas das crianças e adolescentes sobre sua prática esportiva. Depois todos os presentes foram convidados a assistir uma peça teatral sobre tuberculose que as crianças produziram para este encontro. As crianças fizeram ao final uma apresentação musical, fruto do trabalho do projeto que participam. O encontro, assim como as oficinas, ocorreu em escolas durante um período de greve, com autorização das coordenações.

No encerramento do curso, as atividades de campo foram apresentadas pelos três grupos, sendo também entregue um relatório com a descrição das atividades, e facilidades e dificuldades encontradas. Os resultados dos grupos

foram comentados por um pesquisador e um profissional de saúde que participaram da pesquisa que originou o GCS-Tb. Um questionário para avaliação do curso (Q2) foi distribuído e também disponibilizado por email para viabilizar que todos respondessem.

3 SOBRE O CONCEITO DE COMPETÊNCIA

Para a análise da apropriação das estratégias propostas no guia, optou-se neste estudo, pela aproximação da concepção de formação orientada por competência, a partir de sua abordagem dialógica, a qual propõe a integração teórico-prática no processo de aprendizagem. No sentido de melhor compreender esta concepção, buscou-se inicialmente contextualizar o conceito e em seguida discutir a abordagem qualitativa da avaliação e certificação de competência.

Competência é um termo polissêmico, sobre o qual se encontram conceitualizações diversas, especialmente por ser utilizado em diferentes campos do conhecimento, servindo a fins diferenciados. A este respeito, Ramos (2011a) explica que sendo a *formação* humana o processo de conhecimento e de realização individual expressado socialmente, e que embora ultrapasse a dimensão do agir determinado pela necessidade de subsistência, instaura-se como um processo contraditório e marcado por valores capitalistas a partir da relação trabalho-educação. Assim, à medida que esta relação se institucionaliza, criam-se categorias para definir socialmente este processo, seja como formação profissional, seja como qualificação profissional, seja como competência profissional.

Segundo Manfredi (1999), o termo *qualificação* surge nas décadas de 1950 e 1960 como sinônimo de preparação de “capital humano”, associado à concepção de desenvolvimento socioeconômico da época, a fim de garantir adequação entre os sistemas educacionais e ocupacionais. Ou seja, o sistema capitalista de então exigia trabalhadores preparados exclusivamente para desempenhar tarefas ou funções específicas e operacionais, dentro de uma concepção comportamental rígida, por meio da qual ensino-aprendizagem das tarefas e/ou habilidades seguia uma sequencia lógica, objetiva e operacional (MANFREDI, 1999).

As transformações tecnológicas e na organização profissional que ocorreram em meados da década de 1980 interferiram na ressignificação das noções de *trabalho*, *qualificação*, *competência* e *formação profissional*, com algumas tendências, tais como: a valorização dos saberes dos trabalhadores não ligados ao conhecimento formalizado, a flexibilidade e a multifuncionalidade, e polivalência dos trabalhadores (RAMOS, 2002),

os quais devem também apresentar uma atitude de abertura para novas aprendizagens e trabalho em equipe (MANFREDI, 1999).

A partir destas novas transformações, emerge a noção de competência, sendo inicialmente utilizada no ambiente de trabalho como um “padrão avaliativo da mão-de-obra”, quando o *recrutamento* estava centrado na *comparação* entre a competência do indivíduo (seu currículo) e o que era esperado dele pela empresa (exigências da função ou cargo a ser exercido). Posteriormente, permite-se ao trabalhador *desenvolver competências* como critério de *ascensão* profissional, considerando-se que a competência não se limitava à mera execução das atividades laborais, uma vez que passa a ser possível que pessoas que exercem a mesma tarefa tenham pagamentos diferenciados, devido à modificação ocorrida no sistema de classificação e remuneração. Atualmente, a noção de competência é utilizada nos diversos campos sociais, mais expressivamente no trabalho e na educação, em substituição às noções de qualificação e saberes, respectivamente (PEREZ, 2005).

Perez (2005) e Manfredi (1999) concordam quanto à ocorrência de um movimento de substituição da noção de qualificação pelo chamado modelo de competência na área educacional. Entretanto, não há consenso entre os demais pesquisadores quanto a haver esta substituição, de modo que alguns autores trabalham a proposta de um deslocamento conceitual na formação profissional, a exemplo de Desaulniers (1997) que aborda o deslocamento destas categorias - tanto do saber à competência, na esfera educativa; como da qualificação à competência, na esfera do trabalho, frente às novas exigências impostas à formação do trabalhador e do cidadão, tendo em vista as mudanças anteriormente citadas, motivadas pela renovação do sistema capitalista, que exige uma polivalência dos trabalhadores. Assim, a autora destaca que ambas as categorias – qualificação e competência – não são equivalentes entre si, apesar de reconhecer que a construção da competência baseia-se nos saberes que constituem a qualificação profissional.

Lima (2005) reforça a ideia de que houve uma transição do conceito clássico de qualificação profissional para a concepção de competência, a qual ocorreu devido a novas demandas do setor produtivo e da falência de métodos destinados a adaptar pessoas ao mercado e aos postos de trabalho.

Esta autora apresenta duas interpretações diferentes frente a este deslocamento conceitual, à luz de dois outros autores. A primeira traz as mudanças nas funções dos trabalhadores com incorporação de atividades mais intelectuais, subjetivas e reflexivas como instrumentos que servem aos interesses do capital, ou seja: representa uma renovação do capitalismo em função de suas novas necessidades (Boltansky & Chiapello, 2001 *apud* LIMA, 2005).

Uma segunda interpretação aponta que o local e as relações de trabalho produzem, de modo dialético, não só conflitos e reprodução, mas também consensos e transformação, ressaltando que os novos conceitos de produção resultam de construções histórico-político-econômicas que requerem novas relações sociais. O próprio processo de trabalho se transforma em objeto de luta e o controle sobre ele deixa de ser exclusivo de um dos lados (Burawoy, 1979 *apud* LIMA, 2005).

Observa-se que há o reconhecimento, tanto de que a ampliação da autonomia e a integração dos trabalhadores no processo de trabalho resultam de um recorte determinado pelo interesse e visão da direção das organizações, como de que a gestão matricial, a horizontalização dos organogramas, a desconcentração do poder de planejar e decidir, e a construção de espaços coletivos com capacidade de análise e reflexão possibilitam a constituição e o fortalecimento de sujeitos e da democracia, no sentido da alteração dos esquemas de dominação (LIMA, 2005).

Também Desaulniers (1997) traz uma observação interessante sobre como os processos de formação, agora orientados na construção da competência junto aos seus formandos, tendem a ampliar os espaços voltados à cidadania. Supõe-se que o processo de construção da competência, ao se basear em habilidades que envolvem todas as dimensões do indivíduo – com ênfase na capacidade de crítica e de autonomia, no espírito de iniciativa com audácia, na responsabilidade e na flexibilidade em face da mudança e do inusitado – implica rupturas na dinâmica dos espaços institucionais, mas também nos demais espaços sociais em que este indivíduo atua como cidadão, sendo estas rupturas que tendem a produzir novas possibilidades à construção da cidadania. Esta é a concepção adotada neste trabalho, uma vez que se pretende difundir uma tecnologia de comunicação em saúde com a proposta de intervenções comunitárias acerca de uma enfermidade reconhecidamente carregada de estigma, que proporcione dar voz aos diversos saberes populares circulantes, sendo a sua utilização não restrita a

profissionais de saúde, mas a todos que realizam ações de saúde e educação em comunidades.

Contudo, o estudo da literatura sugere que o modelo de competência é um tema bastante debatido, havendo certa polarização de interpretações, que se traduzem nas múltiplas definições do termo. A exemplo disso, Lima (2005) apresenta três importantes abordagens conceituais sobre competência na literatura educacional: uma que considera competência como uma coleção de atributos pessoais, - outra que vincula o conceito a resultados observados ou obtidos (tarefas realizadas), - outra que propõe a noção de ‘competência dialógica’, originada na combinação de atributos pessoais para a realização de ações, em contextos específicos, visando atingir determinados resultados.

Segundo Lima (2005), a abordagem dialógica de competência permite reconhecer e considerar a história das pessoas e das sociedades nos seus processos de reprodução ou de transformação dos saberes e valores que legitimam os atributos e os resultados esperados em uma determinada área profissional, sendo esta abordagem considerada a mais apropriada para a proposta deste trabalho.

Uma definição de competência compatível com a reflexão exercitada no presente estudo corresponde à de Zarifian (1999 *apud* RAMOS, 2011a), de que:

[...] pode ser sintetizada como a capacidade que os trabalhadores têm de enfrentar situações e acontecimentos próprios de um campo profissional, com iniciativa e responsabilidade, guiados por uma inteligência prática do que está ocorrendo e coordenando-se com outros atores para mobilizar suas próprias capacidades (p. 66).

Esta definição corrobora com o que Lima (2005) traz, quando afirma que a concepção dialógica de competência trabalha com o desenvolvimento de capacidades ou atributos (cognitivos, psicomotores e afetivos), que combinados conformam distintas maneiras de realizar, com sucesso, as ações essenciais e características de uma determinada prática profissional.

Desse modo, entendendo que diferentes combinações podem responder aos padrões de excelência que regem determinada prática profissional, possibilita-se que os profissionais desenvolvam um estilo próprio, adequado e eficaz para enfrentar situações profissionais familiares ou não familiares. Essa abordagem precisa ser construída no

diálogo entre a formação e o mundo do trabalho, na qual as práticas profissionais são desenvolvidas.

Na abordagem dialógica de competência, a construção de significado pressupõe a substituição de aprendizagem baseada nos conteúdos por uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática, ou seja, a teorização e a reflexão têm como base as ações da prática profissional para a construção e desenvolvimento de capacidades, devendo ser realizadas preferencialmente em situações reais de trabalho (LIMA, 2005).

A utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional favorece a construção de novos saberes a partir do reconhecimento desta prática e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas, bem como da adequação (funcionalidade) das capacidades a serem desenvolvidas para melhor qualificar essas ações, pois a competência - estando associada à ação, ao desempenho e à eficiência -, só pode ser avaliada em situações concretas (PEREZ, 2005).

Entretanto, há que se pontuar o que Ramos (2011) chama de “deslocamento divergente” da qualificação para a noção de competência. Na medida em que esta vem adquirindo importância ao valorizar aspectos que individualizam os trabalhadores, acentuando a concorrência entre eles na busca pelo desenvolvimento de competências, e ainda enfraquecendo o valor dos diplomas e da formação humana, ocorre o que a autora considera um enfraquecimento das dimensões conceitual e social presentes na qualificação.

Para Perez (2005), tal como vem sendo adotado no mundo do trabalho, o uso do modelo de competências torna-se perverso, na medida em que individualiza as potencialidades e divide os trabalhadores em quem tem ou não as capacidades de desenvolvimento desejadas pelo empregador, o que equivale a dizer que fica a cargo dos indivíduos deterem sua própria empregabilidade ou não.

A utilização do modelo de competência na esfera do trabalho foi aqui apresentada por entender que a mesma faz parte da contextualização do uso deste termo. No entanto, interessa-nos a aplicabilidade deste modelo ao processo de capacitação realizado para transferência de uma tecnologia de comunicação, ou seja, a utilização do modelo na esfera educativa. Entende-se que estas duas esferas estão intrinsecamente relacionadas, mas o processo a que aplicamos o modelo das competências propõe-se a analisar um processo de coletivização de uma tecnologia, ao tempo em que se espera

que os participantes desenvolvam habilidades, atitudes e conhecimentos necessários para o manejo desse produto, e não o acúmulo de atributos que os cursistas possam utilizar para barganhar uma ascensão no trabalho, tendo em vista os propósitos e interesses do curso de extensão realizado.

3.1 Avaliação e certificação de competência: uma avaliação qualitativa

Avaliação e certificação são termos que remetem à ideia de medir, mensurar, e de atestar e julgar como aprovado ou não aprovado, e neste caso, competente ou não competente. Entretanto, a avaliação pode ser vista sob dois aspectos: o somativo (quantitativo) e o processual (qualitativo). O aspecto somativo, utilizado na chamada avaliação classificatória, objetiva determinar o grau de conhecimento ao final de um período, representando o desempenho de forma pontual, quando os resultados são demonstrados numericamente. O aspecto processual, também chamado de formativo, objetiva coletar dados ao longo de todo o transcurso de formação para reorientar o processo de aprendizagem; fundamenta-se em aprendizagens que se aplicam a diversos contextos e que se atualizam quando necessário (BOTH, 2011; TEIXEIRA, 2008).

Cabe, portanto, esclarecer que nesta pesquisa entendemos a avaliação como parte integrante do processo de aprendizagem, de aquisição de competências, tendo sido realizada ao longo de todo o processo, permitindo por um lado reconhecer avanços e dificuldades, e por outro trabalhar e fortalecer os aspectos mais problemáticos (SANTOS, 2012).

A avaliação de competências deve estar implicada no contexto, na situação e no coletivo, e deve ainda levar em conta as interações, bem como todo o processo de desenvolvimento ocorrido para se atingir os resultados (BITTENCOURT et al., 2012). Isto demonstra a ênfase que se tem – em um processo avaliativo de competências - o caráter também formativo, no qual importa o *como* se deu a aquisição das mesmas (DELUIZ, 2011). Na área da educação, este tipo de avaliação que abarca o processo de aprendizagem, preocupando-se com a progressão e o contexto no qual ela ocorre, e não com a classificação em si, é denominado por alguns autores como avaliação qualitativa (apenas a título de exemplo, o livro intitulado “Avaliação qualitativa” de DEMO, 1998).

Para Lima (2005), a combinação entre os elementos “experiência”, “ambiente” e “capacidades individuais / maturação” é o que propicia a constituição das diferentes maneiras de aprender na abordagem dialógica de competência. Nesta abordagem, a construção de significado pressupõe uma aprendizagem baseada na integração teoria-prática, ou seja, a teorização e a reflexão têm como base as ações da prática profissional para a construção e desenvolvimento de capacidades, devendo ser realizadas preferencialmente em situações reais de trabalho.

Entretanto, a competência não pode ser observada diretamente, e sim inferida pelo desempenho ou capacidades em ação (RAMOS, 2011b; LIMA, 2005), portanto é este que deve ser tomado como objeto de avaliação. O desempenho corresponde à expressão concreta dos recursos que o indivíduo articula e mobiliza no enfrentamento de situações, e é por meio de sua observação que se identifica os usos que se faz daquilo que se sabe. Assim, a avaliação do desempenho permite inferir sobre um conjunto de competências e deve apresentar as três dimensões fundamentais da avaliação: a diagnóstica inicial, a formativa e a recapitulativa (RAMOS, 2011b).

A dimensão diagnóstica inicial permite detectar evidências de conhecimentos e experiências prévios e de ideias preconcebidas, o que correspondeu à aplicação do questionário de linha de base nesta pesquisa.

Na dimensão formativa ocorre a identificação do nível de desenvolvimento do aprendizado, e o ajuste das necessidades dos cursistas aos conteúdos do curso. Recomenda-se a utilização de situações reais ou simuladas da prática profissional por favorecer a construção de novos saberes a partir do reconhecimento desta prática e do potencial significativo das ações observadas e/ou realizadas. Permite ainda a adequação (funcionalidade) das capacidades a serem desenvolvidas para melhor qualificar essas ações (LIMA, 2005). Na pesquisa isto foi possível com a realização e discussão de oficinas entre os cursistas, antes que os mesmos fizessem intervenções junto à comunidade, segundo a proposta do curso.

Por fim, a dimensão recapitulativa da avaliação representa o momento de síntese do aprendizado, que nesta pesquisa correspondeu ao encerramento do curso, quando as equipes compartilharam de forma sistematizada suas experiências na realização dos eventos comunitários propostos no curso, ao tempo em que tiveram o *feedback* de profissionais que realizaram ou acompanharam experiências similares anteriores.

Depresbiteris (2011) propõe alguns passos metodológicos para construção de um sistema de certificação de competências que ajudou em nossa avaliação. São eles: identificar inicialmente que competências serão objeto de avaliação; definir critérios específicos de qualidade para cada competência a ser avaliada, bem como as evidências observáveis; estabelecer diferentes técnicas e instrumentos de avaliação; comparar as observações com o que foi estabelecido para ser avaliado; definir o julgamento sobre o alcance ou não dos critérios; definir ações de orientação para melhoria dos desempenhos.

Para fins deste estudo, foram identificadas cinco competências como necessárias para o manejo do guia (técnica, organizacional, comunicativa, pessoal e sócio-política), sendo que para cada uma das atividades propostas geralmente são requisitadas mais de uma competência, de modo que elas se complementam.

4 MÉTODOS E TÉCNICAS DA PESQUISA

Esta pesquisa define-se, sob o ponto de vista metodológico, como um estudo qualitativo que pretende analisar o desenvolvimento de competências necessárias para utilização de uma tecnologia de comunicação em saúde (GCS-Tb) entre participantes do curso de extensão “Estratégia de Comunicação e Educação no Controle da Tuberculose”.

A abordagem qualitativa é aqui utilizada por sua adequação enquanto método para investigar o objeto proposto, uma vez que permite descrever, analisar e compreender a complexidade e a interação inerentes aos processos sociais - no contexto mesmo em que ocorrem -, bem como as particularidades do comportamento de indivíduos (RICHARDSON, 1999).

São sujeitos deste estudo todos os inscritos no curso de extensão “Estratégia de Comunicação e Educação no Controle da Tuberculose” que se dispuseram a integrar-se como sujeitos da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (anexo B). Desse modo, o grupo era formado por agentes comunitárias de saúde, enfermeiras e estudantes de enfermagem, todas mulheres, com idade entre 24 e 35 anos.

A produção de dados foi realizada no decorrer de todo o curso, utilizando-se a observação participante, com registro de notas em diário de campo ou registro de imagem e de som e aplicação de questionários.

A observação direta ou participante é uma técnica que permite ao pesquisador, aproximar-se do campo de estudo e se colocar na posição e no nível dos atores sociais na situação que abriga o fenômeno a ser observado (RICHARDSON, 1999), na qual são importantes a dimensão do período da investigação e o grau de participação deste pesquisador, ambos dependentes da exigência do próprio objeto estudado.

Há uma distinção de três tipos de observação participante a partir da implicação do pesquisador em relação ao campo de pesquisa (MACEDO, 2004): a observação participante periférica, na qual os pesquisadores preferem não ser admitidos no interior do grupo e não assumem nenhum papel importante na situação estudada; a observação participante ativa, na qual há um esforço em desempenhar um papel e obter um *status*

de aceitação a fim de participar ativamente; a observação participante completa, que pode ocorrer por pertencimento original ou por conversão, na qual se vive profundamente o contexto pesquisado. Levando-se em conta esta distinção, e assumindo que não há tipos puros, foi adotada a observação participante ativa para fins de desenvolvimento desta pesquisa, isto é: atuando-se como observadora no primeiro módulo do curso, durante a realização dos trabalhos de campo das cursistas e no encerramento do curso, com gravação de imagens e som e anotação em diário de campo, e como monitora ou facilitadora, auxiliando e discutindo as propostas das atividades do GCS-Tb.

Nos primeiros encontros do curso, foram realizadas aplicação do questionário (instrumento de linha de base), registro de imagem e som, além das notas em diário de campo, quando possível. Posteriormente, atuou-se na monitoria para construção dos mapas por meio da ferramenta *Google Maps*, assumindo também o papel de facilitadora do curso de extensão a partir da apresentação das metodologias para aproximação aos saberes circulantes (as oficinas). Na fase do trabalho de campo das cursistas, realizou-se o registro videográfico de todas as oficinas e encontros de comunicação dos três grupos de cursistas, a fim de possibilitar rever o desenvolvimento das atividades e melhor analisá-las.

A utilização de questionários ocorreu em dois momentos. O questionário aplicado no início do curso correspondeu ao instrumento de linha de base (Anexo A), tendo sido distribuído e preenchido pelos participantes presentes antes de iniciarem-se as atividades do curso de extensão, a fim de não influenciar os respondentes, sendo apenas dada uma breve explicação sobre a pesquisa e sobre o curso. Este questionário (Q1) está dividido em quatro partes: I-Identificação sócio-cultural; II-Experiência com educação, informação e comunicação em saúde; III-Necessidades e demandas por informação; IV-Sobre o curso.

O objetivo da aplicação de um questionário ao princípio do curso era perceber nos relatos as experiências e práticas de cada participante, especialmente no que diz respeito àquelas referentes à abordagem da tuberculose junto a comunidades, assim como confrontar os discursos produzidos a partir do questionário com as práticas observadas em campo, no decorrer do curso. A maior contribuição deste questionário para esta pesquisa é a identificação do lugar de fala de cada participante, inferido a

partir das informações sobre formação e atuação profissional e sobre experiências e representações sobre os diversos aspectos relacionados à tuberculose.

O segundo questionário (Q2) foi aplicado ao final do curso, a fim de avaliar o processo de apropriação e uso dos métodos e técnicas propostos no GCS-Tb e trabalhados durante o curso. Estava dividido em: Parte I - Identificação sócio-cultural; PARTE II - Métodos e técnicas de manejo de informações epidemiológicas e de recursos sócio-comunitários e culturais; PARTE III - Métodos e Técnicas para aproximação aos saberes circulantes sobre Tuberculose; PARTE IV - Métodos e técnicas para organização e realização de evento para promover debates públicos sobre Tb; PARTE V – Avaliação geral do curso e do guia (Anexo D). Este questionário permitiu identificar facilidades e dificuldades no desenvolvimento de cada atividade proposta.

Ambos os questionários foram instrumentos da pesquisa de avaliação do GCS-Tb, tendo sido utilizado para esta pesquisa de desenvolvimento de competências parte das informações obtidas por este meio.

O diário de campo tem um papel fundamental de registro descritivo de tudo o que os sentidos do pesquisador conseguir captar, permitindo-o ter consciência do seu processo constitutivo (de seu papel de pesquisador) e de construção de seu objeto de estudo. Por seu caráter subjetivo e intimista, permite acessar os imaginários envolvidos na pesquisa (MACEDO, 2004). Entretanto, foi pouco utilizado durante esta pesquisa tendo em vista os papéis assumidos pela pesquisadora no decurso (facilitadora e monitora), preferindo-se o registro videográfico para registro das atividades.

O uso do registro videográfico propiciou análises mais acuradas ainda no decorrer do processo, o que por seu turno possibilitou o aprimoramento na análise do objeto. A preservação do registro facilita a sistematização das observações e possibilita uma análise em conjunto com outros pesquisadores. É possível ainda rever o material e repensá-lo, inclusive vislumbrando questões originalmente não previstas (FONTOURA, 2009).

Desta forma, a utilização dos diferentes métodos disponíveis para a pesquisa qualitativa, de forma complementar e simultânea, permitiu compreender melhor a realidade pesquisada, uma vez que ocasionou maior interação com os participantes no decorrer do curso, em modos diversos de registro.

4.1 Construção de indicadores

A definição dos critérios específicos para avaliar cada competência necessária para utilização do GCS-Tb, bem como dos indicadores para o alcance destes critérios é um dos passos metodológicos propostos por Depresbiteris (2011) em um processo de certificação de competências. Esta autora apresenta uma diversidade de critérios para avaliação: gerais, específicos, relacionados à execução dos trabalhos, aos conhecimentos e às atitudes.

Já Deluiz (2011), a partir de uma resolução que explicita as competências profissionais de nível técnico, traz uma proposta para a área da saúde de que a normalização das competências gerais e específicas deve basear-se nos seguintes níveis: competências técnicas, organizacionais, comunicativas, sociais, competências de cuidado, de serviço e competência sociopolítica. Para esta autora, a abordagem das competências não deve “reduzir a formação do trabalhador à esfera profissional, em detrimento de uma formação integral que abranja a dimensão da cidadania”, a fim de não se tornar reducionista, tecnicista e instrumentadora.

Outro autor apresenta a competência de ação profissional, composta por quatro outras competências: a técnica (relacionada a conhecimentos, habilidades e atitudes), a metodológica (relacionada aos procedimentos), a social (relacionada a formas de comportamento) e a participativa (relacionada a formas de organização no posto de trabalho e seu entorno) (BUNK, 1994).

Neste estudo, a partir das contribuições desses autores, para analisar atitudes, comportamentos e habilidades relacionados à utilização do GCS-Tb elegeu-se cinco competências (técnica, organizacional, comunicativa, pessoal, sócio-política) a serem analisadas a partir de critérios e indicadores construídos para cumprir o objetivo desta pesquisa, conforme descritas a seguir.

Por competência técnica entende-se a capacidade de dominar as tarefas, conteúdos, conhecimentos e habilidades (BUNK, 1994) necessários à utilização do guia, de modo que foram avaliadas as capacidades de utilizar as técnicas para desenvolver as oficinas e de utilização dos instrumentos de pesquisa (matrizes disponibilizadas no GCS-Tb, os instrumentos I-IV) para obter e usar as informações do território, além da

habilidade para trabalhar com a ferramenta proposta (*Google Maps*) na construção dos mapas do território trabalhado.

As práticas de interação significativa, dialógicas e lúdicas, segundo proposto no GCS-Tb, foram os indicadores observados no desenvolvimento das oficinas. Diz-se que há interação significativa quando se permite a construção de alianças e compromissos eficientes, em que são assegurados que os pares se comuniquem de forma a horizontalizar as relações de poder, alternando os lugares de dominação da fala, proporcionando a construção compartilhada da realidade (RANGEL, 2010b). A ludicidade é entendida como a condição que permite fazer-se plenamente presente em uma atividade a fim de que se possa desfrutar da liberdade de expressão que tal experiência proporciona (LUCKESI, 2012). A dialogicidade é a condição que permite que haja um acordo entre os pares comunicantes, de modo que ambos sejam capazes de ler / interpretar a fala um do outro (RANGEL, 2010b).

Desta maneira, observou-se a habilidade das cursistas em promover um ambiente no qual os participantes das oficinas e do encontro de comunicação se sentissem autorizados a expressar seus conhecimentos, desenvolvessem as atividades com empenho e concentração, contribuindo com suas ideias e compartilhando saberes, possibilitando a construção coletiva de um novo conhecimento acerca da doença, o que pode ser inferido a partir de comportamentos e atitudes também dos participantes na observação destas atividades.

Já para avaliar a utilização dos instrumentos (I-IV) disponibilizados no GCS-Tb para obter e utilizar as informações tanto epidemiológicas (casos de tuberculose) quanto de recursos comunitários disponíveis no território, utilizou-se indicadores relacionados ao processo de preenchimento desses instrumentos, tais como facilidades e dificuldades referentes ao uso dos instrumentos relatadas em questionário (Q2), e relacionados ao resultado em si - as informações descritas nas matrizes preenchidas.

Os indicadores utilizados para avaliar a habilidade no manuseio da ferramenta proposta (*Google Maps*) para construção dos mapas dos territórios estavam relacionados às facilidades e dificuldades relatadas (Q2) – contemplando-se a avaliação do processo de desenvolvimento -, sendo também avaliados os resultados em si – os mapas –, a partir da comparação das informações disponibilizadas nas matrizes preenchidas ou em outras fontes e a representação cartográfica.

A competência organizacional, por sua vez, está relacionada à capacidade de assumir responsabilidades e ao comprometimento com a intervenção proposta (DELUIZ, 2011). Para avaliar o desenvolvimento desta competência observaram-se as capacidades de organização coletiva, cujo indicador foi a avaliação do desempenho do trabalho em equipe, como estes se organizavam na divisão das tarefas, se havia alguém que assumia o papel de coordenador e de que forma este papel era exercido.

Avaliou-se ainda as capacidades de assumir a responsabilidade sobre o trabalho e ter autonomia, avaliando-se o grau de apropriação das atividades por cada integrante dos grupos, isto é: em que medida as propostas no GCS-Tb foram apropriadas por todos os integrantes dos grupos, sendo estes capazes de aplicá-las em outros contextos; de gerenciamento de tempo e espaço, avaliando-se de que maneira ocorreu a pactuação de locais e períodos de realização das atividades, de acordo com cada contexto encontrado; de adaptação das metodologias propostas, de acordo com a realidade encontrada, avaliando-se a reformulação ou recriação das estratégias propostas no GCS-Tb.

A competência comunicativa é definida como a potencialidade dos sujeitos para relacionar-se adequadamente com os demais, podendo ser expressa em três dimensões: a afetivo-cognitiva, a comunicativa e a sócio-cultural (RAYA, 2005), corroborando com Saville-Troike (1989), para quem a competência comunicativa está especialmente relacionada a regras culturais e conhecimentos que são base para o contexto e o conteúdo dos eventos comunicativos e processos de interação.

Foram avaliadas as capacidades de utilizar seus conhecimentos nas diversas situações encontradas, observando-se de que modo o conhecimento sobre tuberculose foi utilizado (se houve imposição do saber técnico durante as oficinas, por exemplo), e se o conhecimento dos princípios do GCS-Tb permitiu que outros saberes surgissem durante as atividades.

A capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa, foi avaliada a partir de relatos de experiências das próprias cursistas ou depoimentos da comunidade surgidos espontaneamente, por serem situações que exigiram uma atitude que motivasse uma discussão ou expressão de outras opiniões, a partir de colocações que destacassem aspectos trazidos pelas falas da comunidade, seguindo assim a proposta do GCS-Tb em motivar a expressão dos diversos saberes e manter uma atitude de escuta atenta.

A capacidade de interação com a comunidade, considerando suas necessidades e escolhas, e valorizando sua autonomia foi avaliada a partir do comportamento dos participantes (se expressaram-se livremente, e interagiram entre eles), entendendo-o como um reflexo do desenvolvimento desta capacidade nas cursistas.

A competência pessoal foi aqui utilizada como a apresentação de atitude proativa e a capacidade de exercer a criatividade (DELUIZ, 2011), tendo sido observadas o comportamento das cursistas em cumprir com as atividades e buscar alternativas para dificuldades encontradas, dentro do processo de compreensão das estratégias propostas; além da busca de inovações nas estratégias apresentadas durante o curso, respeitando-se os princípios do GCS-Tb, e da seleção e utilização de produtos culturais sobre a tuberculose.

A competência sociopolítica foi aqui entendida como a capacidade crítico-reflexiva em prol da saúde da população, enxergando o seu papel no mundo social, político e econômico, bem como a estruturação de relações de poder que afetam resultados de saúde-doença (PAI et al., 2006). Embora a definição trazida por Del Prette e Del Prette (1999 apud CECCONELLO e KOLLER, 2000) de que a competência social corresponde à capacidade de apresentar um comportamento a fim de atingir os objetivos em dada situação, mantendo-se equilíbrio de poder e de trocas positivas também se ajuste aos fins da avaliação ora proposta.

Assim, foi observada a capacidade de mobilização de parcerias do território e de outros profissionais de saúde para realização dos eventos comunitários, utilizando-se como indicador a participação destes outros atores, bem como o comparecimento e interação da comunidade nas atividades.

Foram observadas ainda as capacidades de compreender o contexto no qual o objeto de intervenção está inserido (dentro dos serviços de saúde e suas redes de relações e na comunidade), de compreender a dimensão ética das atividades laborais e das propostas, bem como de desenvolver o exercício da cidadania e compromisso social. Os indicadores utilizados para observação do desempenho relacionado à competência sociopolítica apresentam um caráter ainda mais subjetivo que os outros, uma vez que são avaliados a partir de reflexões trazidas pelas cursistas.

Todas as competências estão sistematizadas no quadro 1 - Competências necessárias, seus critérios e indicadores observados na utilização do GCS-Tb, abaixo.

Quadro1 – Competências necessárias, seus critérios e indicadores observados na utilização do GCS-Tb

COMPETÊNCIAS	CRITÉRIOS	INDICADORES
Técnicas	1. Capacidade de utilizar as técnicas para desenvolver as oficinas	Observou-se práticas de interação significativa, dialógicas, lúdicas, segundo proposto no GCS-Tb? Havia disposição para escuta dos saberes populares?
	2. Habilidades para trabalhar com a ferramenta proposta para construção dos mapas do território (<i>Google Maps</i>)	Quais foram as facilidades e dificuldades na construção dos mapas? Os mapas construídos representam os diversos recursos disponíveis no território para se realizar uma intervenção similar com a comunidade?
	3. Capacidade de utilização de instrumentos de pesquisa para obter e usar as informações do território	Buscou-se informantes-chave para preenchimento das matrizes (I-IV)? Quais facilidades e dificuldades na obtenção de informações? Foi necessária uma apresentação prévia, ou encaminhamento de pedidos (formal ou informal) para acesso a informações sobre os casos de tuberculose?
Organizacionais	4. Capacidade de organização coletiva	Como se deu a preparação das atividades? As tarefas foram distribuídas entre todos os integrantes dos grupos ou foi centralizada?
	5. Capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho e ter autonomia	São capazes de realizar atividades similares sem tutoria ou supervisão? Cada integrante dos grupos conhece todas as etapas das atividades e é capaz de realizá-las?
	6. Capacidade de gerenciamento de tempo e espaço	As atividades junto à comunidade ocorreram em tempo e espaço pactuados? Cada evento teve sua duração conforme programado? Os locais onde se realizaram as atividades facilitaram o desenvolvimento das mesmas?
	7. Capacidade de adaptação das metodologias propostas, de acordo com a realidade do território	Foram acrescentadas atividades à proposta original no sentido de fazer alguma adaptação de acordo com a realidade do território trabalhado? Foi possível articular estas atividades com as já desenvolvidas (profissionalmente ou voluntariamente)?

Comunicativas	8. Capacidade de utilizar os seus conhecimentos nas diversas situações encontradas	Demonstrou-se conhecimento sobre tuberculose, quando necessário? Permitiu que os conhecimentos das pessoas surgissem?
	9. Capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa	Os relatos ou depoimentos surgidos foram aproveitados de modo a ocasionar uma discussão ou expressão de outras opiniões?
	10. Capacidade de interação com a comunidade, considerando suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia.	Permitiu-se a livre expressão dos participantes? Promoveu a interação entre os mesmos?
Pessoais	11. Atitude proativa	Que postura apresentavam no processo de compreensão das estratégias propostas? E no desenvolvimento das atividades? Buscou-se alternativas para as dificuldades encontradas?
	12. Capacidade de exercitar a criatividade	Foram utilizadas atividades outras que, embora não estejam no GCS-Tb, conservem os mesmos princípios? Foram selecionados e utilizados produtos culturais disponíveis? Acrescentaram algo novo às atividades desenvolvidas?
Sócio-política	13. Capacidade de mobilização de parcerias do território	Buscou-se a mobilização de comerciantes, lideranças comunitárias, instituições e grupos organizados atuantes no território? Houve o comparecimento e participação da comunidade nas atividades? Os participantes foram contatados por intermédio de uma liderança comunitária?
	14. Capacidade de mobilização de outros profissionais de saúde	Foram mobilizados outros profissionais de saúde nos eventos realizados? Houve interação destes com a comunidade nos eventos em que estiveram?
	15. Capacidade de compreender o contexto no qual o objeto de intervenção está inserido (dentro dos serviços de saúde e suas redes de relações e na comunidade)	Expressaram algum nível de reflexão sobre a tuberculose e as ações voltadas para o tratamento e cura desta enfermidade, além das políticas públicas a ela relacionadas?
	16. Capacidade de compreender a dimensão ética das atividades laborais e das propostas	Expressaram algum nível de reflexão sobre suas práticas de trabalho? Sobre as atividades realizadas nesta proposta?

		AcREDITAM que as atividades desenvolvidas podem sensibilizar a comunidade acerca da tuberculose, ampliando o conhecimento das pessoas sobre esta doença?
	17. Capacidade de desenvolver o exercício da cidadania e compromisso social	Expressaram algum nível de reflexão sobre seu papel como profissional de saúde e cidadãos? Sobre que contribuições podem dar para promover a cidadania nos territórios em que trabalham?

4.2 Aspectos éticos

Este estudo seguiu as orientações da Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que estabelece os princípios referenciais da bioética.

Tendo em vista que a pesquisa ora apresentada fez parte de um projeto maior (RANGEL-S, M. L. Pesquisa "Avaliação de Estratégia de Comunicação e Educação no Controle da Tuberculose"), cujos sujeitos de pesquisa são coincidentes, informo que tanto o projeto supracitado quanto esta pesquisa foram submetidos e aprovados no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Saúde Coletiva (ISC-UFBA), encontrando-se os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinados pelos participantes sujeitos das pesquisas disponíveis para qualquer esclarecimento por parte da comissão julgadora do CEP, estando em anexo o modelo que foi distribuído aos participantes.

5 PRÁTICAS DE INFORMAÇÃO, EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE DOS PARTICIPANTES DO CURSO

Os inscritos no curso de extensão possuíam nível superior e fundamental, sendo a composição bastante equilibrada entre enfermeiras e agentes comunitárias de saúde, havendo também estudantes de graduação em enfermagem. A maioria das profissionais já havia realizado algum trabalho de abordagem em comunidades relacionado à tuberculose, seja sob a forma de palestras e panfletagem, seja sob a forma de visitas domiciliares.

Tendo em vista que as práticas de educação em saúde são consideradas um recurso por meio do qual os conhecimentos científicos alcançam a vida cotidiana das pessoas, permitindo-as compreender os condicionantes do processo saúde-doença, ao tempo em que oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde (ALVES, 2005), e sendo este processo intermediado por profissionais de saúde, importa saber as práticas mais usuais das participantes do curso de extensão.

A fonte de informação mais citada para busca de informações sobre a tuberculose foi a internet, além de fontes tradicionais como livros e mesmo outros profissionais de saúde, em proporção menor.

A realização de atividade de educação, informação e comunicação sobre a tuberculose com usuários dos serviços ou grupos populacionais está centrada em palestras, seguida por feiras de saúde e cursos e seminários, sendo ainda pouco utilizadas atividades como dinâmicas, oficinas, rodas de conversa e teatro. Da mesma maneira, as atividades mais recomendadas para trabalhar as informações sobre a tuberculose, segundo as respostas do questionário (Q1), são palestras e feiras de saúde e divulgação por cartilhas. Entretanto, também são apontadas as grandes mídias (rádio, televisão, internet, revistas de grande circulação) por seu potencial de alcance, e em menor proporção músicas, dinâmicas com peças teatrais e rodas de conversas, sob a justificativa de “que nós temos que inovar outras práticas para estimular essas pessoas”, e de “que as informações atinjam a outros públicos que não sabem ler”.

Lima et al. (2001), em um estudo de casos sobre abandono de tratamento da tuberculose, constataram que a interação comunicacional entre profissionais de saúde e

população não foi suficiente para estimular a aceitação e conclusão do tratamento, e propõem a adoção de intervenções processuais que respeitem as especificidades locais, com envolvimento de familiares de pessoas em tratamento e grupos organizados da comunidade. Ao contrário do que sugerem os autores, as atividades citadas como usuais são realizadas de forma pontual, e pressupõem transmissão de conhecimentos com imposição do saber técnico, não proporcionando uma maior interação entre profissionais de saúde e população.

Os materiais impressos são os mais utilizados, sendo considerados como adequados por “facilitarem a comunicação e entendimento” nas abordagens sobre a tuberculose. Estes recursos utilizados pelos participantes em suas abordagens foram considerados satisfatórios, argumentando-se que são: “materiais sucintos”, “específicos”, “bem elaborados” e que “contribuem para disseminar a informação”. De acordo com as respostas ao Q1, julgou-se o modo como as atividades são desenvolvidas usualmente como satisfatórias, justificando-se que “facilitam o entendimento”, “atraem a atenção” e “ajudam na integração do grupo trabalhado”.

Constata-se aqui o uso meramente instrumental destes recursos (a concepção usual sobre a necessidade de “disseminar informações”), sem a preocupação em promover uma interação que permita a expressão de saberes ou dúvidas, julgando-se estes impressos e as informações neles contidas como suficientes e eficientes nas abordagens em comunidades. Ainda, corrobora-se com achados de estudos que têm apontado não haver uma reflexão acerca dos pressupostos destes materiais pelos profissionais de saúde que os utilizam, e que tampouco são problematizados quanto a sua possível contextualização nas abordagens em comunidades (MONTEIRO, VARGAS, CRUZ, 2006; SIQUEIRA, 2006).

As expectativas em relação ao curso de extensão mais mencionadas estão relacionadas à busca por troca de informações e ampliação de conhecimentos, sendo também citadas questões relacionadas à melhoria da atuação, especialmente as questões relacionadas à comunicação com pacientes e comunidades.

Assim sendo, esta sondagem inicial indica que as práticas de informação, educação e comunicação em saúde utilizadas, em sua maioria não privilegiam o diálogo e a troca de conhecimentos que possibilitam a circulação de saberes no território.

6 AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NECESSÁRIAS À UTILIZAÇÃO DO GCS-TB

6.1 Avaliação do desempenho de competências técnicas

De um modo geral, a partir da observação do desenvolvimento das competências técnicas, pode-se afirmar que as cursistas demonstraram que as propostas metodológicas foram devidamente apropriadas, o que foi evidenciado em diferentes ocasiões no decorrer das atividades e nos resultados alcançados, conforme descrito a seguir.

A definição das atividades, técnicas e dinâmicas a serem utilizadas nas oficinas e no encontro de comunicação sobre tuberculose não é uma tarefa simples, pois requereu o entendimento das cursistas sobre a importância e as razões porque se eleger aquelas que permitem interação significativa, dialógica e lúdica nestas abordagens. A observação das práticas durante esses encontros com a comunidade permitiu avaliar o grau de apropriação dos métodos e técnicas propostos no curso e contidos no guia, demonstrando-se domínio de conhecimentos e habilidades necessários para utilização do mesmo por parte das cursistas.

Os três grupos realizaram oficinas nas quais os participantes tornaram-se protagonistas, expressando-se livres de julgamentos. Mesmo que alguns demonstrassem timidez ou que a comunidade elegesse um representante para falar, os demais eram estimulados a se manifestar, a fim de trazer à tona os saberes de todos os presentes. Durante as oficinas de criação, os participantes estavam imersos nas atividades, não havendo dispersão que impedisse a realização dos trabalhos. O grupo que trabalhou com crianças em sala de aula teve dificuldade para manter um ambiente mais tranquilo, entretanto, as conversas que quebravam o silêncio versavam sobre como desenvolver as atividades propostas, com a empolgação própria do grupo etário trabalhado, sendo que todos estavam restritos à sala, não sendo autorizado sair para criar ou ensaiar as apresentações.

Um fator que evidencia que os grupos conseguiram promover encontros nos quais os participantes ficassem à vontade para compartilhar seus saberes foi a ocorrência de depoimentos sobre experiências de adoecimento por tuberculose, fossem essa experiência própria ou de um familiar, não sendo estes casos ocorridos do

conhecimento dos demais ouvintes. Também nestas ocasiões, as cursistas demonstraram compreender a importância de manter uma postura de escuta atenta das representações populares sobre a tuberculose, bem como de perceber tanto a necessidade como o momento apropriado para intervir com os saberes técnicos, de modo a promover um diálogo, e não uma imposição, conforme ilustrado nos trechos a seguir, retirados de relatórios elaborados pelos grupos de cursistas.

“[...] iniciamos com o objetivo de deixar a comunidade à vontade, saber dela o que ouviu falar sobre a tuberculose (...) pudemos avaliar, sem questionar ou corrigir o conhecimento que detinham sobre a tuberculose, no que diz a respeito à transmissão, cura e tratamento.” (integrante do grupo 1).

“Foi um pouco complicado segurar a vontade de explicar o que era a doença, não tirar as dúvidas naquele momento. Porque essa era a nossa forma comum de trabalhar com eles e de certa forma o que eles esperam que a gente faça, explicar.” (integrante do grupo 2).

A capacidade de utilização de instrumentos de pesquisa para obter e usar as informações dos territórios foi avaliada de acordo com a utilização dos próprios instrumentos disponibilizados. O preenchimento dos instrumentos I e II para mapeamento de casos de tuberculose foi condicionado à disponibilidade e colaboração de profissionais que geralmente ocupam um cargo superior, e que centralizam estas informações, de modo que nem todos os grupos tiveram acesso às notificações de casos de tuberculose em seu território de atuação. Assim, para a identificação e mapeamento dos casos de tuberculose (instrumentos I e II), ficou clara a necessidade de colaboração e envolvimento de outros profissionais que não estão diretamente envolvidos com as atividades a serem desenvolvidas no território, principalmente por se tratar de informações sigilosas dos pacientes, e que, portanto devem ser acessadas e manuseadas com cautela e ética profissional.

Em um dos territórios, houve uma facilitação porque as cursistas foram encaminhadas diretamente pela coordenadora do Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) ao setor que concentra as informações. Já no outro território, houve dificuldade até mesmo em encontrar a responsável por estas informações no distrito, não sendo possível acessar os dados durante o curso, motivo pelo qual o instrumento II (mapeamento de casos de tuberculose em Distritos Sanitários) não foi

preenchido para este território, sendo coletados apenas os casos notificados na própria unidade de saúde. Este mesmo instrumento não se aplica ao outro território pelo fato de o mesmo não apresentar a divisão em distritos sanitários.

Não foram relatadas dificuldades no mapeamento de serviços de saúde (instrumento III), provavelmente porque os grupos eram formados por profissionais da área, além de estas informações estarem disponíveis em folders aos quais as cursistas tem acesso facilmente.

A coleta de informações por meio do instrumento IV para mapeamento dos recursos comunitários requereu cooperação não só de outros profissionais de saúde do território, mas também da comunidade em geral, que neste caso correspondeu a um aspecto de facilidade para se trabalhar com este instrumento. As cursistas remeteram à necessidade de haver o acompanhamento de informante(s)-chave para passar as informações corretas ou mesmo percorrer o território, ou ainda de pertencer ao território trabalhado ou ter uma boa inserção que permita transitar com segurança. Neste caso, cada grupo de cursistas desenvolveu as atividades em territórios nos quais já estavam familiarizadas, seja devido à atuação profissional, seja por ser moradora da área trabalhada (no momento do desenvolvimento deste trabalho ou anteriormente).

Sobre a utilização dos instrumentos para mapeamento de casos de tuberculose, de recursos comunitários e de serviços de saúde disponíveis no território para o desenvolvimento de ações de controle da doença, apesar de serem critérios observados para o desenvolvimento de competências técnicas, percebe-se a necessidade de desenvolver conjuntamente as competências comunicativa e sociopolítica.

A utilização do *Google Maps* requer uma noção mínima de internet, havendo relatos de dificuldades em seu manejo, seja por falta de familiaridade com a navegação na rede, seja por erros na localização de alguns pontos. Também foram relatadas dificuldades pelo fato de os mapas estarem sendo manipulados por muitas pessoas da equipe simultaneamente. Entretanto, os mapas de recursos comunitários construídos foram suficientes para representar toda a diversidade de cada território (instituições e grupos, lideranças, comerciantes, serviços de saúde, etc) que podem ser acionados em intervenções futuras, demonstrando-se que foi possível desenvolver ao longo do curso as habilidades necessárias para lidar com esta ferramenta.

Os mapas construídos foram disponibilizados para as unidades de saúde cada território que representavam, possibilitando sua atualização e utilização em outras intervenções. “A visualização das informações torna-se melhor que talvez num mapa físico. Fica mais fácil identificar uma situação de saúde ou área de risco” (integrante do grupo 1). No entanto, foi pontuado que “o fato de ainda não haver um mecanismo que possibilite utilizar esses mapas com mais frequência é uma desvantagem, por deixar em desuso uma representação da situação do território”.

Uma vez construídos, os mapas apresentaram aplicabilidade ao trabalho desenvolvido na unidade de saúde, facilitando a identificação de uma área de risco e a localização de pacientes. Houve relatos de que a utilização da ferramenta *Google Maps* “facilitou a visualização”, sendo “um recurso colorido e de acesso rápido às informações do território”.

Tendo em vista o exposto, considera-se que a competência técnica foi desenvolvida pelos três grupos, uma vez que foram demonstradas capacidades e habilidades condizentes com a realização de atividades segundo as estratégias propostas pelo GCS-Tb para a aproximação da realidade local e sua representação em mapas que podem facilitar o trabalho em comunidade, bem como para a promoção de intervenções que respeitem os saberes dos participantes, promovendo diálogos horizontalizados que permitem a expressão de conhecimentos diversos sobre a tuberculose com leveza e desinibição.

6.2 Avaliação do desempenho de competências organizacionais

A capacidade de organização coletiva foi avaliada a partir da preparação das atividades, o que foi possível por meio da participação em reuniões nas quais as equipes definiram aspectos relacionados à realização dos eventos, tais como que pessoas ou grupos comunitários deveriam ser mobilizados, que especificidades os possíveis participantes dos eventos promovidos possuíam, para averiguar a necessidade ou não de adaptação das oficinas, como conciliar a demanda da comunidade com as atividades propostas, dentre outros aspectos.

Também durante a realização das atividades, observou-se que os grupos conseguiram se dividir no cumprimento de tarefas, e embora no grupo mais numeroso também tenha ocorrido esta divisão entre todos, havia centralização da condução das

atividades entre três ou quatro integrantes. Nas respostas ao questionário aplicado ao final do curso (Q2), as cursistas consideraram que houve comprometimento de todos os membros das equipes em desenvolver os eventos comunitários propostos.

O trabalho em equipe é considerado fundamental na formação profissional e educação permanente em saúde por diversos autores, sendo um aspecto bastante presente nas discussões sobre novos currículos, especialmente as propostas baseadas no modelo de competência. Machado e colaboradores (2007) ressaltam a importância do trabalho em equipe, considerando o ato do cuidado de pessoas como um espaço privilegiado de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os atores envolvidos, o qual não deve ser privativo de determinadas formações profissionais.

As discussões conjuntas dos aspectos relacionados ao desenvolvimento das atividades, além da demonstração de vídeos de outras atividades similares, facilitaram o entendimento da proposta para que as cursistas pudessem desenvolver intervenções similares, mesmo que não tenham cada uma delas realizado todas as etapas para os eventos propostos, tendo em vista que foi um trabalho em equipe.

Entretanto, considerou-se que a capacidade de assumir a responsabilidade sobre o trabalho e ter autonomia foi mais bem desenvolvida pelas cursistas que já haviam realizado intervenções junto a comunidades; algumas cursistas que não possuíam experiências anteriores também conseguiram desenvolver a capacidade de realizar atividades similares com autonomia e responsabilidade. Esta avaliação é bastante subjetiva, exatamente por não ter sido possível avaliar todas as integrantes em ação, tendo em vista a dinâmica de centralização dos trabalhos exposta acima.

A capacidade de gerenciamento de tempo e espaço é a dimensão da competência organizacional que estabelece relação com a comunidade, uma vez que é desejável que horário e local das atividades sejam pactuadas entre todos. Apenas o grupo 3 conseguiu construir com antecedência a agenda completa de atividades no território, juntamente com a comunidade, definindo os locais para realização de cada encontro; o grupo 1 agendava as datas ao final de cada atividade, tendo utilizado o mesmo local para todos os encontros; o grupo 2 agendou as datas aos poucos, de acordo com suas atividades profissionais, pois trabalhou com grupos diferentes, mas sempre em salas de aula.

Os grupos respeitaram o tempo pactuado com a comunidade, de modo que o grupo 1 realizava encontros com duração média de duas horas, conforme recomendação

do GCS-Tb; o grupo 2 utilizou duas horas para realizar cada encontro, sendo geralmente cedido os horários de aula do final do turno; o grupo 3 utilizou o tempo de acordo com a negociação com a comunidade: para o grupo de mulheres, atividade com duração de duas horas, e para o grupo de crianças e adolescentes, um turno inteiro conforme solicitação dos coordenadores do projeto responsáveis por este público.

Assim, demonstrou-se que por diferentes estratégias houve o gerenciamento de tempo esperado, e os locais escolhidos para realização dos eventos em geral facilitaram o desenvolvimento das atividades. Algumas cursistas pontuaram que o tempo para organização e realização dos eventos foi restrito, embora a coordenação do curso de extensão tenha estendido o prazo a fim de possibilitar que os grupos completassem todas as atividades.

Especificamente sobre este aspecto de tempo, e tendo em vista a utilização do GCS-Tb como atividade do curso, considera-se que a competência organizacional das equipes foi importante na medida em que havia a necessidade de conciliar as atividades profissionais com as propostas de realizar oficinas e encontros de saúde sobre a tuberculose. Assim, optou-se por flexibilizar o prazo para desenvolvimento destas atividades, já que se pretendia analisar também a adequação do GCS-Tb às práticas já desenvolvidas pelas cursistas. Espera-se que, uma vez adotado pelos profissionais, as atividades propostas no GCS-Tb farão parte das laborais, não havendo então a necessidade de conciliar estas atividades, que não mais serão distintas.

A capacidade de adaptação das metodologias à realidade encontrada em cada território foi demonstrada por todos os grupos. A reformulação das atividades propostas, respeitando-se os princípios do guia, é desejável, uma vez que esta tecnologia de comunicação em saúde não pretende ser um roteiro que se deve seguir fielmente, mas uma alternativa para abordagem do tema tuberculose de modo que se possa dar voz aos saberes diversos em interações significativas, dialógicas e lúdicas.

Assim, em maior ou menor grau os grupos realizaram adaptações de acordo com as situações encontradas em cada território. Para promover a interação entre os saberes técnico e popular, dois grupos realizaram dinâmicas diferentes de perguntas e respostas: o grupo 1 colocou perguntas em uma bexiga, que foram respondidas após uma brincadeira, e o grupo 2 criou um personagem de fantoche responsável por responder ou intermediar as dúvidas. Já o grupo 3 inovou na realização do que deveria

ser um encontro de comunicação em saúde sobre tuberculose, ao abordar também a prática esportiva de interesse dos participantes das oficinas.

Entretanto, apesar dos grupos realizarem adaptações que se adequaram perfeitamente à proposta, um deles relatou dificuldade neste processo:

“[...]Conseguimos adequar a proposta da oficina com a maturidade a turma, apesar de terem alguns alunos que ainda não sabiam ler.”
(integrante do grupo 2)

Tendo em vista o exposto, as competências organizacionais foram consideradas essenciais na organização e realização das oficinas e do encontro de comunicação em saúde.

6.3 Avaliação do desempenho de competências comunicativas

De um modo geral, observou-se que as cursistas demonstraram um conhecimento amplo sobre a tuberculose, uma vez que trouxeram informações sobre etiologia, diagnóstico, tratamento e demais aspectos relacionados à doença. Ressalta-se que em suas atividades profissionais tais conhecimentos são requeridos e atualizados por meio de cursos realizados pela instituição em que trabalham.

Por estarem inseridas nestas instituições, possuem o conhecimento de trâmites necessários para autorizações de acesso a informações, como foi requerido por ocasião do curso, acerca das informações dos casos de tuberculose dos territórios que se constituíram como campo desta pesquisa e do curso – o que está relacionado também à competência técnica. Entretanto, era também necessário conhecimento dos princípios do GCS-Tb, para desenvolvimento das atividades.

Assim, no decorrer das atividades, percebeu-se domínio do tema tuberculose pelas cursistas, ainda que não houvesse intervenções explicativas durante as oficinas de criação, o que ocorreu nos encontros de comunicação sobre a tuberculose. Esta atitude de escuta, sem imposição do saber técnico demonstra que também houve o entendimento da proposta do GCS-Tb, já que estes eram momentos nos quais não se deveria influenciar os participantes, mas apenas dar voz aos seus saberes.

O desenvolvimento da capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho e vice-versa foi essencial nas atividades com a comunidade, como por exemplo, quando ocorreram depoimentos espontâneos sobre experiência de cuidado de uma pessoa com tuberculose ou experiência própria por um dos presentes. A postura das cursistas em apenas questionar sobre mais detalhes, com perguntas elucidativas dos acontecimentos relatados, a fim de provocar discussão e expressão de outras opiniões dentre os demais participantes foi uma estratégia bem utilizada.

As intervenções de fala durante ou após os relatos exigiam conhecimentos sobre a dinâmica da doença (saber técnico) e dos cuidados dispensados segundo recomendações historicamente aprendidas (saber popular), para fazer as perguntas de modo que informações sobre tratamento e cuidado fossem relatadas por esta mesma pessoa, que é um membro da comunidade e que, portanto tem um reconhecimento pelos pares que é distinto daquele dispensado ao profissional de saúde. Esta atitude demonstra também a compreensão da proposta do GCS-Tb em valorizar os saberes populares.

A postura adotada pelas cursistas nestas ocasiões demonstrou a capacidade de transferir conhecimentos da vida cotidiana para o ambiente de trabalho em saúde e vice-versa, uma vez que se utilizavam de experiências anteriores sobre o acompanhamento de pessoas com tuberculose e de suas experiências de vida para fazerem colocações pertinentes às situações relatadas.

A capacidade de interação com a comunidade, considerando suas necessidades e escolhas, valorizando sua autonomia ficou demonstrada na pactuação das cursistas com a comunidade que envolveu a realização dos eventos em diversos aspectos. Um exemplo foi juntar em um mesmo encontro comunitário pessoas para falar sobre a tuberculose e sobre uma prática esportiva de interesse da comunidade, no qual os esportistas tanto traziam informações técnicas sobre a doença, quanto tiravam suas dúvidas. Constatou-se que houve interação entre os participantes, demonstrada no exemplo anterior, mas observada no desenvolvimento das oficinas e encontros promovidos pelos três grupos, embora tenha havido uma timidez inicial por parte de alguns.

O fato de as equipes propiciarem um ambiente acolhedor, no qual os participantes puderam expressar-se livremente, mostrando-se envolvidos nas atividades propostas também é um indicador do desenvolvimento da competência técnica.

Entretanto, as competências comunicativas foram mais solicitadas tanto na apropriação da realidade local e como na aproximação ao saberes circulantes no território sobre a tuberculose.

6.4 Avaliação do desempenho de competências pessoais

Foi observado que as cursistas apresentaram uma postura proativa no decorrer do curso, na medida em que demonstraram compreender que a proposta era o desenvolvimento das atividades pelos grupos e que, portanto, não deveriam esperar que a coordenação organizasse os trabalhos de campo. Assim, os grupos conduziram as tarefas com autonomia, e embora houvesse divisão dos trabalhos, elas não se restringiam a apenas cumprir com sua parte dentro do grupo.

As dificuldades encontradas eram trazidas para discussão, embora fossem as cursistas que indicavam por si próprias as alternativas para superar os obstáculos encontrados, sendo que estas discussões não se encerravam no grupo que apresentasse algum problema. Alguns aspectos da observação da competência pessoal estão relacionados também ao desenvolvimento da competência organizacional, sendo igualmente subjetiva a avaliação de uma atitude proativa no grupo com mais integrantes e que possuía uma figura que centralizava e coordenava as atividades.

Das competências pessoais, o exercício da criatividade é mais evidenciado na organização das oficinas e encontros comunitários. Um exemplo bastante ilustrativo é a correlação que uma equipe fazia entre as dinâmicas utilizadas antes das oficinas e o que iria ser trabalhado nestas. Neste caso, as dinâmicas eram utilizadas para promover um ambiente favorável ao desenvolvimento das atividades, para explicar como estas seriam realizadas e para motivar os participantes, já que a correlação era feita de modo a mostrar que as atividades em si eram de fácil execução, pois os presentes haviam feito algo similar nas dinâmicas.

Também a utilização de recursos diferenciados na realização do encontro de comunicação sobre tuberculose foi um exemplo:

“Criamos uma forma de resolver nossa dificuldade em não poder tirar as dúvidas e de estimular eles a participarem do Encontro de Comunicação

que foi a caixinha de perguntas, onde eles poderiam perguntar e tirar as dúvidas com o “Dr. Sabe Tudo”.” (integrante do grupo 2).

A seleção de produtos culturais também foi um aspecto observado no desempenho da capacidade de exercitar a criatividade, sendo importante na medida em que se busca mostrar a tuberculose abordada de outras formas (música, poesia, etc) e na visão de outros que não são profissionais de saúde, evidenciando que há outros saberes que podem ser valorizados e há outras vozes além da técnica, do profissional de saúde.

Os grupos utilizaram-se pouco de produtos culturais disponíveis sobre tuberculose, de modo que dois grupos restringiram-se à seleção e exibição de vídeos que informam sobre a doença, e o outro utilizou uma paródia. Entretanto, houve um esforço em valorizar expressões culturais outras próprias da comunidade trabalhada, como a participação de poetas no encontro de comunicação, e a apresentação musical dos participantes das oficinas.

Considera-se que as cursistas demonstraram o desenvolvimento de competências pessoais, sendo mais evidente sua percepção naquelas que já as possuíam, embora algumas cursistas que não tiveram experiências de abordagens em comunidades anteriormente também demonstraram desenvolver esta competência. Dentre o grupo com maior quantidade de integrantes não foi possível avaliar todas, tendo em vista os motivos já expostos.

Observou-se, pois, que as competências pessoais foram importantes para a identificação e seleção de produtos culturais sobre a tuberculose, sendo também solicitadas na aproximação aos saberes locais sobre a doença, e na organização e realização dos encontros comunitários.

6.5 Avaliação do desempenho de competências sociopolíticas

A capacidade de mobilização de parcerias, com lideranças comunitárias, grupos organizados e pessoas ligadas a instituições presentes no bairro (escolas e igrejas, por exemplo) propiciou a mobilização de mais participantes nos eventos realizados, além de recursos (local para realização dos eventos, lanches, equipamentos de som) e acesso a espaços comunitários.

Os grupos conseguiram mobilizar outros profissionais de saúde a participarem dos encontros comunitários, de modo a propiciar o diálogo entre os saberes técnicos e populares:

“Fizemos uma dinâmica com perguntas e resposta dentro de bolas sobre a tuberculose, uma pessoa da comunidade estourava uma bola e fazia a pergunta para um profissional de saúde presente, onde tiravam dúvidas sobre o assunto abordado e deixamos bem claro que a comunidade é nossa parceira para combater a tuberculose.” (integrante do grupo 1).

O desempenho relacionado às competências sociais foi observado desde a fase de organização das oficinas e encontros, com a mobilização de parcerias, que visa a promover o envolvimento de comerciantes, lideranças comunitárias, profissionais de saúde e outros membros da comunidade pertencentes ao território em que se vão desenvolver as atividades, em prol da realização de eventos que se propõem a debater abertamente sobre a tuberculose.

Na organização dos encontros comunitários foram relatadas mais facilidades que dificuldades, sendo uma das dificuldades relatadas “a demora da comunidade em responder”, o que não comprometeu o comparecimento das pessoas nas atividades. A mobilização de parcerias, e não de pessoas, mostrou-se mais eficiente, segundo observação das atividades dos três grupos. Abaixo, um exemplo da articulação com outros profissionais de saúde e também com membros da comunidade.

“Durante o curso tínhamos que delimitar uma área de trabalho de maior vulnerabilidade em Tuberculose, e por em prática três oficinas, entramos em contato com a coordenadora do PNCT (Programa Nacional de Controle da Tuberculose) (...) e a vigilância, para adquirirmos dados do paciente com tuberculose da área escolhida. (...), no entanto nosso segundo passo foi entrar em contato com o presidente da Associação de Moradores e localizar mais lideranças comunitárias e chegar até a comunidade, criamos convites e saímos pelo bairro distribuindo, fomos bem recebidos e tivemos a presença de pessoas evangélicas e católicas.” (integrante do grupo 1).

Esta mobilização é importante na medida em que proporciona cooperação para angariar recursos necessários à promoção destes eventos, tais como lanches, equipamentos audiovisuais, e outros que se façam necessários, além de permitir acesso ao próprio local onde serão realizados os encontros, e potencializar a mobilização de

mais participantes para as atividades. Esta etapa em si já permite que se dê visibilidade à tuberculose, iniciando um processo de desmistificação dessa doença no território.

O acesso a um local para realização dos eventos, bem como a mobilização de participantes têm uma relação estreita com a inserção das cursistas no território e com a própria mobilização de parcerias do próprio território, embora tenha havido relato de dificuldade em “chegar até os participantes”. Esta inserção é destacada quando se diz que os trabalhos de educação em saúde que se pretendem ser impulsionador de transformações da realidade social, de promover autonomia dos sujeitos, requerem proximidade entre os profissionais e a população (MACHADO et al., 2007).

Em relação ao comparecimento, julgou-se que a comunidade estava disposta, embora algumas pessoas faltassem. O grupo que realizou parte das atividades em escolas apontou este fator como positivo, uma vez que era cedido um horário de aula, garantindo o comparecimento (informações obtidas por meio da aplicação do questionário ao final do curso).

O envolvimento de outros profissionais de saúde durante a realização dos encontros proporcionou que mais profissionais entrassem em contato com os saberes circulantes sobre a tuberculose em seu território de atuação. No entanto, nas atividades propostas, estes profissionais se encontram agora em uma posição de escuta, com possibilidade de diálogo, quando a comunidade é o centro das atenções e já se pronunciou, e não o contrário, como ocorre normalmente nos serviços de saúde.

Tendo em vista que a maioria das cursistas já desenvolvia atividades profissionais junto a comunidades, e que, portanto já havia um entendimento do contexto no qual estavam inseridas dentro dos serviços de saúde e nas redes de relações nestes serviços e na comunidade, as equipes buscaram os meios necessários para o desenvolvimento das atividades do curso, seja emissão de ofícios solicitando informações junto ao sistema de saúde, seja contatando lideranças comunitárias para a mobilização de parcerias no território que permitissem a realização dos eventos comunitários.

Nas discussões durante o curso, e mesmo nas atividades com a comunidade, as cursistas traziam reflexões acerca dos aspectos sociais relacionados à tuberculose, que embora seja uma doença a que todos estão sujeitos, parte da população que vive em condições de pobreza é mais afetada tendo em vista as condições de moradia e

alimentação. Houve ainda discussões acerca do desinteresse das indústrias de medicamentos em continuar pesquisando drogas que pudessem apresentar menos efeitos colaterais, outras formas de apresentação ou menor tempo de tratamento.

Também expressaram suas opiniões acerca da assistência prestada à pessoa acometida por tuberculose, no que se refere ao acolhimento, encaminhamento e acompanhamento, e como as informações são passadas ao paciente e seus familiares, além da adoção da estratégia de tratamento diretamente observado (DOTS) e da necessidade de um auxílio para alimentação e transporte a esses pacientes.

O preconceito e o estigma associados à tuberculose, as estratégias para negar ou esconder a doença, bem como as de cuidado do enfermo e seu entorno, e os comportamentos das pessoas, nos serviços de saúde e na comunidade, dispensados ao indivíduo que está “tuberculoso” foram aspectos discutidos e sobre os quais as cursistas trouxeram suas experiências e reflexões, demonstrando haver desenvolvido a capacidade de compreender o contexto no qual o objeto de intervenção – a tuberculose – está inserido.

As capacidades de compreender a dimensão ética das atividades laborais e das propostas, refletindo sobre o seu papel como profissionais de saúde, e de desenvolver o exercício da cidadania e compromisso social foram evidenciadas em reflexões expressas no decorrer do curso, seja na discussão das metodologias, seja na defesa da abordagem da tuberculose em comunidades, seja no reconhecimento da importância da atuação profissional.

As cursistas demonstraram perceber a importância de escutar os saberes populares, reconhecendo este saber como tão relevante quanto o técnico, além de comprovarem que a imposição do “correto é desnecessária e ineficaz”. Também se pontuou sobre atividades realizadas junto à comunidade que visam apenas ao cumprimento da agenda de trabalho determinada no âmbito central das instituições a que estão vinculadas profissionalmente, as quais normalmente ignoram os aspectos anteriormente citados.

Ao finalizar cada encontro comunitário, percebia-se nos relatos que as próprias cursistas constataram no decorrer de cada atividade que a metodologia proposta é uma forma de trabalhar o tema da tuberculose de modo que a comunidade consiga se

expressar e estabelecer uma ponte entre os próprios saberes e os técnicos, o que torna as atividades mais significativas para todos, conforme se percebe no relato abaixo:

“Foi muito bom conhecer essa nova abordagem de trabalhar, por que a gente acaba ficando meio que ‘engessado’ com aquele formato de palestra e sala de espera e acaba que não sabemos de fato se aquele conhecimento que estamos passando realmente contribuiu com algo na vida daquelas pessoas. E dessa forma é diferente, o atendido deixa de ser só um depósito de informações e começa a mostrar o que ele sabe também. São o construir saberes que é tão importante.” (integrante do grupo 2).

Desta forma, refletiu-se sobre que abordagens são mais interessantes e proveitosas para a comunidade, e sobre o seu papel ao abordar uma doença que está historicamente imersa em preconceitos que isolam e estigmatizam a pessoa acometida, no sentido de quebrar as barreiras que ainda impedem a identificação de casos, a adoção do tratamento completo, a cura da tuberculose e a atenção necessária para os enfermos, no sentido de promover a construção coletiva de novas realidades de saúde nos territórios trabalhados.

A educação em saúde deve ser encarada como um processo que exige um pensar crítico e reflexivo, a fim de possibilitar intervenções transformadoras que permitem aos sujeitos desenvolver autonomia e emancipação enquanto sujeito histórico e social capazes de também propor e opinar nas decisões de saúde para seu próprio cuidado, bem como da coletividade (MACHADO et al., 2007).

As competências sociopolíticas refletem a proposta do GCS-Tb e as reflexões que nortearam o processo de construção desta tecnologia de comunicação em saúde, as quais problematizam as práticas hegemônicas de abordagens em comunidade sobre saúde-doença-cuidado e a necessidade de respeitar a autonomia dos sujeitos no cuidado a sua saúde, bem como os seus saberes. As estratégias propostas no GCS-Tb permitiram a livre expressão das representações acerca da doença, tornando essa experiência mais significativa para os participantes, ocasionando o compartilhamento de sentidos das informações trabalhadas.

“Foi muito bom poder participar desse curso com uma abordagem diferente onde as pessoas participam levando os seus saberes e cada um de forma individual dando a sua opinião sobre o tema abordado, só serviu pra acrescentar.” (integrante do grupo 2)

As competências sociopolíticas foram mais solicitadas na apropriação da realidade local e na organização e realização dos encontros comunitários.

Por fim, considera-se que a aplicação do GCS-Tb permitiu o desenvolvimento de competências que são necessárias à utilização das estratégias nele propostas, além de estimular a reflexão acerca das práticas de intervenção sobre tuberculose em comunidades.

Deste modo, dentre as competências identificadas e analisadas, depreende-se que para se apropriar da realidade local, através da identificação e mapeamento de casos de tuberculose, de recursos comunitários e de serviços de saúde disponíveis no território para o controle da doença foram necessárias as competências técnicas, comunicativas e sociopolíticas.

Para o desenvolvimento de métodos e técnicas lúdicas, dialógicas e que promovam interação significativa para a aproximação aos saberes sobre a tuberculose no território, as competências técnicas, comunicativas e pessoais foram as mais solicitadas.

O desenvolvimento das competências pessoais é o mais importante para a identificação e seleção de produtos culturais sobre a tuberculose (impressos, vídeos, textos) disponíveis para uso em atividades educacionais no território.

As competências organizacionais, pessoais e sociopolíticas foram consideradas as mais necessárias para organização e realização de encontros comunitários para promover debates públicos sobre a tuberculose.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ora apresentada teve como propósito avaliar o desenvolvimento de competências necessárias à utilização do GCS-Tb, tendo como sujeitos de estudo profissionais de saúde (agentes comunitárias e enfermeiras) e estudantes de enfermagem inscritas em um curso de extensão voltado para transferir esta tecnologia de comunicação em saúde.

Considera-se que, na experiência observada, a utilização do GCS-Tb contribuiu para a circulação e interação dos saberes sobre a tuberculose nos territórios trabalhados, ocasionando depoimentos da comunidade sobre vivências com a doença, bem como motivação dos profissionais para seguirem utilizando as metodologias propostas em abordagens sobre a tuberculose, e sobre outras temáticas.

O fato de a maioria das cursistas já realizarem algum tipo de intervenção sobre tuberculose junto a comunidades favoreceu a realização das atividades propostas, e motivou uma reflexão sobre as próprias práticas anteriormente adotadas, de modo que as metodologias propostas foram mais bem apropriadas por estas cursistas, havendo relatos de sua utilização na abordagem de outras temáticas de saúde após o término do curso.

O desafio para cumprir com o objetivo proposto neste estudo consistiu em unir o referencial de avaliação de competências e os propósitos do GCS-Tb, de modo que as competências avaliadas guardassem nexos com a proposta de promover interações significativas, dialógicas e lúdicas sobre a tuberculose, permitindo a circulação de saberes diversos em um dado território.

Assim, a utilização do modelo de competências para avaliar a apropriação da tecnologia em estudo apresentou como vantagem manter coerência com o caráter formativo do curso, no sentido de desenvolver e aprimorar as competências necessárias para a utilização do guia. Também a dimensão recapitulativa do curso de extensão foi fundamental na avaliação do desenvolvimento das competências elencadas, tendo em vista que este momento possibilitou uma análise conjunta das abordagens realizadas e da tecnologia de comunicação em saúde utilizada.

Tendo em vista que a apropriação das metodologias propostas e o desenvolvimento das competências necessárias para utilização do guia ocorreu de modo gradativo, recomenda-se que haja um acompanhamento desta apropriação, similar ao

curso de extensão que constituiu o campo desta pesquisa, considerando-se que o GCS-Tb contribui, mas não é suficiente para o desenvolvimento das mesmas.

As competências não se constituem como um pré-requisito para aplicar o guia, mas devem ser desenvolvidas a fim de tornar possível o trabalho com essa estratégia de comunicação em saúde, que auxilia ela própria neste processo de desenvolvimento de competências.

Constatou-se que as práticas observadas requerem o desenvolvimento de mais de uma competência simultaneamente, de modo que aquelas elencadas para utilização do GCS-Tb se interpõem e são complementares.

A competência técnica foi a única que se observou um desempenho satisfatório por todas as cursistas, sendo as competências organizacionais, comunicativas e sociopolíticas melhor avaliadas naquelas que já possuíam experiência de trabalho em comunidades. A avaliação da competência pessoal foi prejudicada em um grupo com maior quantidade de integrantes, e no qual havia uma pessoa que detinha relação de poder com as demais, centralizando e coordenando as atividades do grupo.

Deste modo, com o grupo observado, constatou-se que de um modo geral houve o desenvolvimento das competências necessárias à utilização do GCS-Tb por parte daquelas que já realizavam atividades profissionais nos serviços de saúde, junto a comunidades, o que foi atribuído ao amadurecimento profissional e ao compromisso ético e político, os quais deveriam ser trabalhados na formação dos profissionais de saúde.

Assim, o desenvolvimento de competências para o trabalho de comunicação e educação em saúde a partir da utilização do GCS-Tb mostrou-se necessário para alicerçar essas atividades, uma vez que as mesmas requerem a conjunção de conhecimentos diversos, habilidades e atitudes que possibilitam realizar intervenções em comunidades, ocasionando uma reflexão sobre as práticas adotadas, retomando a importância de se promover a autonomia de profissionais e comunidade no cuidado à saúde.

REFERÊNCIAS

ADAM, P. & HERZLICH, C. O surgimento da medicina moderna e seu papel no cuidado das doenças. In: _____. *Sociologia da doença e da medicina*. São Paulo: EDUSC, 2001, p.87-104.

ALVES, V. S. Un modelo de educación en salud para el Programa Salud de la Familia: por la integralidad de la atención y reorientación del modelo asistencial, *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.16, p.39-52, set. 2004 - fev. 2005.

ANTUNES, J.L.F.; WALDMAN, E.A.; MORAES, M. de. A tuberculose através do século: ícones canônicos e signos do combate à enfermidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, n.5, v. 2, p. 367-379, 2000.

BAYER, R. Stigma and the ethics of public health: Not can we but should we. *Social Science & Medicine*, v. 67, p. 463–472, 2008.

BARBERO, B. S.; HERNÁNDEZ, T. B. Conocimientos, actitudes y percepciones de la población inmigrante latinoamericana enferma de tuberculosis en la Comunidad de Madrid. *Aten. Primaria*, v. 41, n. 4, p. 193–200, 2009.

BITTENCOURT, C.; VIEIRA, M.A.; TENÓRIO, R.M. A avaliação de desempenho e a esquecida dimensão social das pessoas nas organizações. Estudo de caso em uma empresa petroquímica e a metáfora de uma rede neural como modelo proposto integrador. In: TENÓRIO, R.M. e VIEIRA, M.A., (orgs.). **Avaliação e sociedade: a negociação como caminho**. Salvador: EDUFBA, 2009, p. 273-300.

BOTH, I. J. A avaliação como “voz da consciência” da aprendizagem: qual o caminho? In: _____. **Avaliação: “voz da consciência” da aprendizagem**. Curitiba: Ibpx, 2011. (Série Avaliação educacional). Cap. 1, p. 23-63.

BUNK, G. P. La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. **Revista Europea de Formación Profesional**, n.1, p. 8-14, 1994.

CECCONELLO, A.M. e KOLLER, S.H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de Psicologia**, v. 5, n. 1, p. 717-913, 2000.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Formação (02). **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília, Maio de 2011, p. 5- 16.

DEPRESBITERIS, L. Certificação de competências: a necessidade de avançar numa perspectiva formativa. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Formação (02). **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência**. Brasília, Maio de 2011, p. 27-38.

DESAULNIERS, J. B. R. Formação, competência e cidadania. **Educação & Sociedade**, Ano XVIII, n. 60, dez. 1997.

DODOR, E. A.; KELLY, S.J. Manifestations of tuberculosis stigma within the healthcare system: the case of Sekondi-Takoradi Metropolitan district in Ghana. **Health Policy**, n. 98, p. 195-202.

FONTOURA, H.A. Revisitando dados e refletindo sobre o uso de vídeo em etnografia. In: MATTOS, C.L.G. e FONTOURA, H.A. da. (orgs.). **Etnografia e educação: relatos de pesquisa**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2009. p.31-46.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4ª ed. reimpr., Rio de Janeiro: LTC Editora, 2008. 158p. Trad. Márcia Bandeira de Mello Leite Nunes.

GONÇALVES, H. A tuberculose ao longo dos tempos. **História, Ciências, Saúde — Manguinhos**, v. 7, n. 2, p. 303-325, jul.-out., 2000.

GONÇALVES, H.; COSTA, J. S. D. da; MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O. F. Adesão à terapêutica da tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: na perspectiva do paciente. **Cad. Saúde Pública**, v.15, n.4, p. 777-787, 1999.

HIJJAR, M. A.; GERHARDT, G.; TEIXEIRA, G. M.; PROCÓPIO, M. J. Retrospecto do controle da tuberculose no Brasil. **Rev. Saúde Pública**, n. 4, Supl., p. 50-58, 2007.

HOA, N. P.; CHUC, N. T. K.; THORSON, A. Knowledge, attitudes, and practices about tuberculosis and choice of communication channels in a rural community in Vietnam. **Health Policy**, v. 90, p. 8–12, 2009.

KRITSKI, A. L.; VILLA, T. S.; TRAJMAN, A.; SILVA, J. R. L.; MEDRONHO, R. A.; RUFFINO-NETTO, A. Duas décadas de pesquisa em tuberculose no Brasil: estado da arte das publicações científicas. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, Supl. 1, p. 9-14, 2007.

LEMOS, M.S. e MENESES, H.I. A Avaliação da Competência Social: Versão Portuguesa da Forma para Professores do SSRS. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 18, n. 3, p. 267-274, set.-dez. 2002.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, v.9, n.17, p.369-79, mar/ago 2005.

LIMA, M. B. de; MELLO, D. A.; MORAIS, A. P. P.; SILVA, W. C. da. Estudos de casos sobre abandono do tratamento da tuberculose: avaliação do atendimento, percepção e conhecimentos sobre a doença na perspectiva dos clientes (Fortaleza, Ceará, Brasil). **Cad. Saúde Pública**, v.17, n.4, p. 877-885, 2001.

MACEDO, R. S. **A etnopesquisa crítica e multirreferencial nas ciências humanas e na educação**. 2 ed. Salvador: EDUFBA, 2004. 297p.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T.; VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. **Ciência e Saúde Coletiva**, n. 12, v. 2, p. 335-342, 2007.

MACIEL, E. L. N.; GUIDONI, L. M.; BRIOSHI, A. P.; PRADO, T. N. do; FREGONA, G.; HADAD, D. J.; MOLINO, L. P.; PALACI, M.; JOHNSON, J. L.; DIETZE, R. Household members and health care workers as supervisors of tuberculosis treatment. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 2, p. 339 – 343, 2010.

MANFREDI, S.M. Trabalho, qualificação e competência profissional – das dimensões conceituais e políticas. **Educ. Soc.**, v.19, n.64, Campinas, Set. 1999.

MONTEIRO, S.; VARGAS, E.; CRUZ, M. Desenvolvimento e uso de tecnologias educacionais no contexto da AIDS e da saúde reprodutiva: reflexões e perspectivas. In:

MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (org.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interface com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Cap. 1, p. 27-48.

PAI D.D.; SCHRANK, G.; PEDRO, E.N.R. O Enfermeiro como Ser Sócio-Político: refletindo a visibilidade da profissão do cuidado. **Acta Paul. Enferm.**, v. 19, n.1, p. 82-87, 2006.

PARANHOS, V.D. e MENDES, M.M.R. Currículo por competência e metodologia ativa: percepção de estudantes de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 18, n. 1, jan-fev 2010, [07 telas].

PEREZ, M.I.L. Competência: uma noção plástica, polissêmica e polimorfa. **Práxis Educacional**, v.1, n.1, 2005.

PIMENTA, D. N.; LEANDRO, A. M. S.; SCHALL, V. Experiências de desenvolvimento e avaliação de materiais educativos sobre saúde: abordagens sócio-históricas e contribuições da antropologia visual. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (org.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interface com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Cap. 4, p. 87-112.

PORTO, A. Representações sociais da tuberculose: estigma e preconceito. **Rev. Saúde Pública**, v. 41, supl. 1, p. 43-49, 2007.

RAMOS, M. N. A educação profissional pela pedagogia das competências e a superfície dos documentos oficiais. **Educ. Soc.**, Campinas, v. 23, n. 80, setembro/2002, p. 401-422

RAMOS, M. N. **A pedagogia das competências**: autonomia ou adaptação? 4. Ed. são Paulo: 2011a. 320p.

RAMOS, M. N. Qualificação, competências e certificação: visão educacional. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE. Formação (02). **Humanizar cuidados de saúde**: uma questão de competência. Brasília, Maio de 2011b, p. 17-27

RANGEL, M.L. Notas para uma etnografia da comunicação em serviços de saúde. In: SOARES, C. C. (org.). **Cultura, Tecnologias em Saúde e Medicina** - Perspectiva Antropológica. Salvador: EDUFBA, 2008.

RANGEL-S, M.L. **Relatório de Pesquisa** “Estratégias de Informação, Comunicação & Saúde. Metodologia de comunicação no programa de controle da tuberculose em Salvador-Bahia”. ISC-UFBA/FAPESB, Salvador, 2010a.

RANGEL-S. M. L. **Texto Didático** Comunicação, Educação e Saúde: exercício para percepção e ação nas interfaces. Mimeo, 2010b.

RANGEL, M.L. e NATANHSO, L.G. Sob o signo da tuberculose. In: PORTO, C.; BROTAS, A.; BORTOLIERO, S. **Diálogos entre Ciência e Divulgação Científica: Leituras Contemporâneas**. Salvador, Edufba, 2011, p. 179-198.

RAYA, D.A.A. Reflexiones acerca de la competencia comunicativa profesional. **Educ. Med. Sup.**, v. 3; n.19, 2005.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROSEMBERG, J. Tuberculose : aspectos históricos, realidades, seu romantismo e transculturação. **Boletim de Pneumologia Sanitária**, v. 7, n. 2, jul.-dez. 1999.

ROSEN, G. **Uma história da saúde pública**. 2ª edição. São Paulo: Ed. Hucitec, 1994.

SANTOS, L. **Avaliar competências: uma tarefa impossível?** Universidade de Lisboa. Disponível em: <<http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/msantos/Comp.pdf>>. Acesso em: 10/05/2012.

SANTOS-FILHO, E. T.; GOMES, Z. M. S. Estratégias de controle da tuberculose no Brasil: articulação e participação da sociedade civil. **Rev. Saúde Pública**, n. 41, supl. 1, p. 111 – 116, 2007.

SAVILLE-TROIKE, M. **The Ethnography of Communication: an Introduction**. Massachusetts: Blackwell Publishers, 1989. p.1-48.

SCATENA, L. M.; VILLA, T. C. S.; RUFFINO-NETTO, A.; KRITSKI, A. L.; FIGUEIREDO, T. M. R. M. de; VENDRAMINI, S. H. F.; ASSIS, M. M. A.; MOTTA,

M. C. S. da. Dificuldades de acesso a serviços de saúde para diagnóstico de tuberculose em municípios do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 389-97, 2009.

SIQUEIRA, V.H.F. de. Tecnologia educacional da área da saúde: a produção de vídeos educativos no Nutes/UFRJ. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (org.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interface com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Cap. 3, p. 71- 86.

SOARES, P.P. A dama branca e suas faces: a representação iconográfica da tuberculose. **Manguinhos**, v. 1, n. 1, jul-out 1994.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1984. 108p. (Coleção Tendências, v.6).

STRUCHNER, M. e GIANELLA, T.R. Novas tecnologias de informação e comunicação na formação de recursos humanos em saúde. In: MONTEIRO, S.; VARGAS, E. (org.). **Educação, comunicação e tecnologia educacional**: interface com o campo da saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006. Cap. 6, p. 129-140.

TEIXEIRA, J. Da somativa à diagnóstica: os diferentes tipos de avaliação. In: _____. **Avaliação escolar**: da teoria à prática. Rio de Janeiro: Wak Ed., 2008, p.99-117.

WU, P-S.; CHOU, P.; CHANG, N.-T; SUN, W-J.; KUO H-S. Assessment of Changes in Knowledge and Stigmatization Following Tuberculosis Training Workshops in Taiwan. **J. Formos. Med. Assoc.**, v. 108, n. 5, 2009.

XAVIER, M. I. M.; BARRETO, M. L. Tuberculose na cidade de Salvador, Bahia, Brasil: o perfil na década de 1990. **Cad. Saúde Pública [online]**, vol.23, n.2, p. 445-453, 2007.

ANEXOS

Anexo A – Questionário 1 (instrumento de linha de base)

Projeto: Avaliação de Estratégia de Comunicação no Controle da Tuberculose
CURSO DE EXTENSÃO
ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO NO CONTROLE DA
TUBERCULOSE

Coord.: Dra. Maria Ligia Rangel Santos
Pesquisadora responsável: Magali Pinto Sampaio (cel: 9956-0717)

PARTE 1. Identificação sócio-cultural

SEXO: MASC FEMIN

IDADE:

RAÇA/COR:

FORMAÇÃO: Ensino médio completo
 Formação técnica
 Superior

Que atuação tem no local onde mora e/ou trabalha?

.....
.....
.....

PARTE 2. EXPERIÊNCIA COM EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO COM O TEMA DA TUBERCULOSE

Já trabalhou alguma vez com o tema da tuberculose?

Não

Sim

Quando?

Onde?

Como?.....

Já recebeu informações sobre a tuberculose?

Não

Sim

Quais?

- Causa
- Transmissão
- Diagnóstico
- Tratamento
- PNCT

Quando?.....

Onde?

Como?.....

Já buscou informações sobre a tuberculose?

- Não
- Sim

Quais?

.....

Onde (fontes)?

.....

Considera as fontes consultadas:

- Satisfatórias
- Não satisfatórias
- Confiáveis
- Não confiáveis

Já realizou ou participou de alguma atividade de educação, informação e comunicação sobre a tuberculose com usuários dos serviços ou grupos populacionais:

- Realizei
- Participei

O que?

.....

Quando?

.....

Onde?

.....

Como?

.....

Como você avalia as atividades em que você participou?

Úteis Inúteis

Por quê?

Adequadas Inadequadas

Por quê?

Que materiais de suporte foram utilizados?

.....

O que você acha deles?

Adequados Inadequados

Por quê?

Considera a forma como as atividades foram realizadas:

Satisfatória Não satisfatória

Por quê?

Considera os recursos e meios utilizados:

Satisfatórios Não satisfatórios

Por quê?

NECESSIDADES E DEMANDAS POR INFORMAÇÃO SOBRE A TUBERCULOSE

O que você acha que em geral as pessoas com tuberculose sabem sobre a doença?

.....

.....

O que você acha que de modo geral as pessoas em Salvador sabem sobre a doença?

.....

.....

Como você acha que de modo geral as pessoas reagem quando elas sabem que elas ou alguém da família está com tuberculose? (Uma frase)

.....

Que informações você acha que a pessoa com tuberculose deve ter?
(Enumere em ordem de prioridade)

- Causa
- Transmissão
- Diagnóstico
- Tratamento
- Sintomas
- Prevenção
- Outros

Explique suas escolhas:

.....
.....
.....

Que informações você acha que as pessoas de modo geral devem ter sobre a tuberculose?
(Enumere em ordem de prioridade)

- Causa
- Transmissão
- Diagnóstico
- Tratamento
- Sintomas
- Prevenção
- Outros

Explique suas escolhas:

.....
.....
.....

Que informações sobre a tuberculose você gostaria de ter? (Enumere em ordem de prioridade)

- Causa
- Transmissão
- Diagnóstico

- Tratamento
- Sintomas
- Prevenção
- Outros

Explique suas escolhas:

.....

.....

.....

Como acha que as informações sobre tuberculose devem ser trabalhadas?

- Através de palestras
- Através de feiras de saúde
- Divulgando por meio de cartazes
- Divulgando por meio de Folders
- Divulgando por meio de Cartilhas
- Outras Quais?.....

Por quê?

.....

A quem deve se destinar as informações? Por quê?

.....

.....

Quem deve trabalhar com estas informações na comunidade?

- Profissionais de saúde Quais?.....
- Familiares de pessoas com tuberculose
- Amigos de pessoas com tuberculose
- Pessoas ligadas a associações comunitárias
- Outros:

Como acha que deve ser dado o diagnóstico da tuberculose?

- nos serviços de saúde, pelos profissionais de saúde, a pessoa doente sozinha
Que profissional (is):

.....

- nos serviços de saúde pelos profissionais, a todos/as que estejam com tuberculose

nos serviços de saúde pelos profissionais de saúde, a pessoa doente acompanhada de

familiar

nos serviços de saúde pelos profissionais de saúde, a pessoa doente acompanhada de

familiar ou amigos ou vizinhos

outro:

.....

A tuberculose é um assunto que **pode** ser conversado:

- em qualquer lugar e com qualquer pessoa
- só nos serviços de saúde com os profissionais de saúde
- nos serviços de saúde com profissionais e com outros usuários
- nos serviços de saúde (com profissionais de saúde) e na família
- nos serviços de saúde (com profissionais de saúde) na família e com amigos ou vizinhos

A tuberculose é um assunto que **deve** ser conversado:

- em qualquer lugar e com qualquer pessoa
- só nos serviços de saúde com os profissionais de saúde
- só nos serviços de saúde com profissionais e com outros usuários
- só na família
- na família e com amigos ou vizinhos

Qual o papel dos profissionais de saúde em relação à pessoa com tuberculose?

.....

E da família?

.....

E de amigos?

.....

Que tipo de dificuldades você acha que uma pessoa com tuberculose pode ter?

.....
.....
.....

Como você acha que as pessoas devem se comportar em relação às pessoas com tuberculose (como seriam os cuidados, o acompanhamento do doente, etc)?

O doente

.....

A família

.....

Amigos

.....

Profissionais de saúde

.....

Comunidade

.....

Você atua ou pretende atuar com informações sobre tuberculose em seu local de trabalho ou onde mora?
Como pensa em fazer isso?

.....
.....
.....

SOBRE O CURSO

Já fez algum curso sobre a tuberculose? Qual?

.....
.....

Onde (instituição promotora e local)?

.....
.....

Quando?

.....
.....

Considera o/s curso/s realizado/s:

Satisfatório/s

Não satisfatório/s

Por quê?

.....

Qual o seu interesse neste curso?

.....
.....
.....

O que espera deste curso?

.....
.....
.....

Como pretende utilizar os conhecimentos trabalhados nesta capacitação?

.....
.....
.....



Rua: Basílio da Gama, s/n, 1º andar, Canela, Salvador - Bahia,
Cep: 40-110-040 - TEL: (071)3263 7400 FAX: (071)3263 7460

Anexo B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Projeto: Avaliação de Estratégia de Comunicação no Controle da Tuberculose

Eu _____ (entrevistador/a) estou desenvolvendo o projeto de pesquisa “**Avaliação de Estratégia de Comunicação no Controle da Tuberculose**”, que tem por objetivo aplicar e avaliar metodologias de comunicação de suporte ao programa de controle da tuberculose, em território de ação de profissionais de saúde na atenção básica, no Distrito Sanitário do Centro Histórico de Salvador-Bahia. Este projeto tem apoio da FAPESB e será desenvolvido por pesquisadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

A pesquisa será realizada mediante a oferta de um Curso de Extensão, o qual oferecerá conhecimentos teóricos e práticos para a aplicação do “Guia de Comunicação e Saúde: melhorando a interação comunicativa entre profissionais de saúde e comunidade sobre a tuberculose”. Esta atividade será acompanhada e avaliada quanto à adesão e adequação do Guia à realidade local; ao processo de apropriação/aprendizagem dos participantes, a fim de aprimorar os métodos e técnicas adotadas. Tem ainda o objetivo de qualificar o guia para que seja utilizado em outros Distritos Sanitários.

Assumimos o compromisso de que seu nome e de sua instituição não aparecerão em nenhuma parte do relatório ou investigação ou qualquer outro documento que possa ser produzido a partir dela, tal como artigos ou relatórios. Asseguramos que a pesquisa não apresenta qualquer tipo de risco ou constrangimento para você. Contudo, alertamos que para a certificação na atividade de extensão (o Curso) será necessária a sua frequência em 75% das atividades propostas.

Sua participação nessa pesquisa é de fundamental importância para subsidiar ações de comunicação e educação no controle da tuberculose. Porém, ela é inteiramente voluntária e a qualquer momento você poderá desistir de continuar na pesquisa.

Você poderá entrar em contacto com a coordenadora do projeto, Profa. Maria Ligia Rangel, através do telefone 3283-7433 e e-mail lirangel@ufba.br

Eu (entrevistado/a) _____ declaro estar ciente de que entendo os objetivos e condições de participação na pesquisa “**Avaliação de Estratégia de Comunicação no Controle da Tuberculose**” e aceito nela participar.

Data: ___/___/___

Anexo C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO

1. Identificar conhecimentos, atitudes e habilidades que possibilitam desenvolver as atividades propostas no GCS-Tb (mapeamento de casos de tuberculose, de recursos comunitários e de serviços de saúde disponíveis no território)
2. É possível perceber os princípios do guia (GCS-Tb) trabalhados no curso no desenvolvimento das atividades pelos cursistas? Os cursistas trazem reflexões sobre isto?
3. Como se deu o processo de obtenção de informações para construção dos mapas?
4. Como se dá a participação na organização e realização das atividades de campo? Há comprometimento de todos os membros das equipes?
5. Há manifestação de interesses e motivações dos cursistas que estão vinculados às estratégias utilizadas?
6. O curso estimula os cursistas a desenvolverem uma reflexão crítica acerca das práticas de comunicação em saúde?
7. Houve uma reformulação / recriação das metodologias propostas no curso?

Anexo D - QUESTIONÁRIO 2: AVALIAÇÃO DO CURSO

Curso de Extensão

ESTRATÉGIA DE COMUNICAÇÃO E EDUCAÇÃO NO CONTROLE DA TUBERCULOSE

Coord.: Dra. Maria Ligia Rangel Santos

Pesquisadora responsável: Magali Pinto Sampaio

Instruções para responder a este questionário:

Este questionário também faz parte do curso e da pesquisa, sendo muito importante que vocês respondam de acordo com a experiência que vivenciaram. Aproveitamos a oportunidade para agradecer a colaboração de vocês neste processo no qual todos aprendemos junt@s. Esperamos que esta experiência tenha sido válida para vocês e que as atividades desenvolvidas auxiliem e inspirem o trabalho cotidiano de cuidar da saúde de outros! **Obrigada!**

PARTE I – Identificação sócio-cultural

1. SEXO: MASC FEMIN

2. IDADE:

3. RAÇA/COR:

4. FORMAÇÃO: Ensino médio completo
 Formação técnica
 Superior (em andamento)
 Superior (concluído)

5. Que atuação tem no local onde mora e/ou trabalha e no qual realizou as atividades propostas neste curso?

ACS

Enfermeira

Assistente social

Liderança comunitária

Outro

PARTE II - Métodos e técnicas de manejo de informações epidemiológicas e de recursos sócio-comunitários e culturais

6. Houve facilidades / dificuldades na obtenção de informações? Quais? (especificar por instrumento)

- Instrumento 1 - matriz... casos US

Facilidades:
.....

Dificuldades:
.....

- Instrumento 2 - matriz... casos DS

Facilidades:
.....

Dificuldades:
.....

- Instrumento 3 - recursos comunitários

Facilidades:
.....

Dificuldades:
.....

- Instrumento 4 - serviços de saúde

Facilidades:
.....

Dificuldades:
.....

7. Os instrumentos apresentados no curso facilitaram / dificultaram seu trabalho? De que modo?

- Instrumento 1 - matriz... casos US

.....

.....

- Instrumento 2 - matriz... casos DS

.....

.....

- Instrumento 3 - recursos comunitários

.....

.....

- Instrumento 4 - serviços de saúde

.....

.....

8. Que facilidades você teve ao trabalhar com o Google Maps na construção dos mapas?

.....

.....

E quais dificuldades?

.....

.....

9. Para você, há vantagens na utilização dos mapas construídos com a ferramenta Google Maps no desenvolvimento de seu trabalho? Quais?

.....

.....

E as desvantagens?

.....

.....

10. Que fontes de informação você utilizou para identificação de produtos culturais (músicas, textos, etc) sobre a tuberculose? (especificar, p. ex.: “os sites: google, MS”)

Internet:

Jornais:

13. Aponte facilidades / dificuldades na organização e realização da(s) oficina(s) no campo para aproximação aos saberes sobre a tuberculose circulantes no território.

- Organização da(s) oficina(s):

Etapa	Facilidade	Dificuldade
Mobilização de parcerias		
Definição e cumprimento da agenda		
Distribuição e cumprimento de tarefas		
Definição da(s) atividade(s) (técnicas)		
Local de realização		
Mobilização de participantes		

- Realização da(s) oficina(s):

Etapa	Facilidade	Dificuldade
Envolvimento da comunidade (comparecimento)		
Envolvimento de profissionais de saúde		
Desenvolvimento das atividades pelos participantes		
Interação entre os participantes		

PARTE IV - Métodos e técnicas para organização e realização de evento para promover debates públicos sobre Tb

14. Aponte facilidades / dificuldades na organização e realização do evento comunitário para promover conversas públicas sobre a tuberculose no território.

- Organização do evento:

Etapa	Facilidade	Dificuldade
Mobilização de parcerias		
Definição e cumprimento da		

agenda		
Distribuição e cumprimento de tarefas		
Definição da(s) atividade(s) (técnicas)		
Local de realização		
Mobilização de participantes		

- Realização do evento:

Etapa	Facilidade	Dificuldade
Envolvimento da comunidade (comparecimento)		
Envolvimento de profissionais de saúde		
Desenvolvimento das atividades pelos participantes		
Interação entre os participantes		

PARTE V – Avaliação geral do curso

15. O curso proporcionou a você fazer uma reflexão sobre as suas práticas? De que forma?

.....

16. Que reflexões você faz sobre todo o processo de aprendizagem deste curso? Como você avalia a importância deste curso na sua vida profissional?

.....

17. Foi possível fazer uma articulação dos conteúdos do curso com suas experiências de trabalho? Como?

.....

18. Em relação as suas expectativas iniciais, faça um pequeno comentário sobre o curso.

.....

.....