

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E
TERRITORIALIDADES**

Mayra Fernandes Scarpi

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM MÓDULO DE
COMUNICAÇÃO PARA RESIDENTES DO SUS**

Vitória

2025

Mayra Fernandes Scarpi

**COMUNICAÇÃO E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM MÓDULO DE
COMUNICAÇÃO PARA RESIDENTES DO SUS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Territorialidades da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Comunicação e Territorialidades. Linha de Pesquisa: Comunicação e Poder

Orientador: Prof^o Dr^o Rafael da Silva
Paes Henriques

Vitória

2025

Ficha catalográfica disponibilizada pelo Sistema Integrado de
Bibliotecas - SIBI/UFES e elaborada pelo autor

S285c Scarpi, Mayra, 1996-
 COMUNICAÇÃO E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM
 MÓDULO DE COMUNICAÇÃO PARA RESIDENTES DO SUS /
 Mayra Scarpi. - 2025.
 136 p. : il.

 Orientador: Rafael Henriques.
 Dissertação (Mestrado em Comunicação e Territorialidades) -
 Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Artes.

 1. Comunicação na saúde pública. 2. Comunicação - Pesquisa.
 I. Henriques, Rafael. II. Universidade Federal do Espírito Santo.
 Centro de Artes. III. Título.

CDU: 316.77


Mayra Fernandes Scarpi

COMUNICAÇÃO E SAÚDE: A CONSTRUÇÃO DE UM MÓDULO DE COMUNICAÇÃO PARA RESIDENTES DO SUS


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Territorialidades da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Comunicação e Territorialidades, na linha de pesquisa Comunicação e Poder.

Vitória/ES, 27 de março de 2025.


Comissão Examinadora

Documento assinado digitalmente
 **RAFAEL DA SILVA PAES HENRIQUES**
Data: 28/03/2025 09:15:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr. Rafael da Silva Paes Henriques
(Orientador – PÓSCOM/UFES)

Documento assinado digitalmente
 **TATIANA BREDER EMERICH**
Data: 07/04/2025 21:13:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Tatiane Breder Emerich
Examinadora Interna – PPGSC/UFES)

Documento assinado digitalmente
 **MICHELE NACIF ANTUNES**
Data: 02/04/2025 18:52:51-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Profa. Dra. Michele Nacif Antunes
(Examinadora Externa - EPSJV/FIOCRUZ)

Para as minhas avós

AGRADECIMENTOS

Uma jornada como essa é viável a partir do apoio e suporte daqueles que nos amam, que acreditam no nosso potencial e que nos ajudam como podem. Concluir o mestrado não é a vitória de uma pessoa só, mas de muitas que fizeram parte do processo de alguma forma e que torceram demais por essa conquista. Chegou o momento de lembrá-las da importância que tiveram nesses anos dedicados a esta pesquisa e agradecê-las por tanto!

Quem me acompanhou em cada etapa foi Deus, que presenciou as alegrias e preocupações e sempre me manteve firme para que eu pudesse dar continuidade a essa caminhada. Estive nas orações, nas noites mal dormidas, nos momentos de tensão e nos agradecimentos, sempre me sustentando para os próximos passos.

Esse papel também foi desempenhado pela minha mãe e pelo meu pai, que sempre fazem de tudo por mim, não medem esforços para a minha felicidade e vibraram em cada conquista. Estendo esse agradecimento a demais membros da minha família, que demonstraram seu orgulho pela minha decisão em fazer este mestrado e pelo meu empenho para concluí-lo. Agradeço a compreensão de que é uma fase difícil, de abdições, e por nunca permitirem que eu me sentisse sozinha nessa jornada. Cada ajuda, por mais que parecesse pequena, foi de muito valor para mim. E por falar nisso, sinto que devo mencionar minha duplinha Pietra e Olívia Maria, as melhores pets desse mundo inteiro, que me fizeram companhia durante os estudos, me dão muito amor e me inspiram na busca por um futuro ainda melhor para nós!

E essa conclusão tem muito da ajuda do meu orientador, que é exatamente como eu precisava. Rafael, agora me dirijo a você para agradecer pela compreensão que sempre teve comigo e com os desafios, limitações e incertezas que enfrentei. Sempre muito paciente e solícito, você me passava a segurança de que eu estava no caminho certo e de que conseguiria fazer esta pesquisa. Sua orientação realmente me guiou durante o processo de forma segura e me fez enxergar minha capacidade como pesquisadora. É desde a graduação que te admiro como professor e o mestrado me permitiu também me inspirar em você como ser humano. Obrigada por tudo! Em seu nome, agradeço ainda a banca, que tanto contribuiu para este trabalho e que vai me auxiliar em pesquisas futuras por meio da produção científica já nacionalmente reconhecida e difundida.

A Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), que foi o berço desses pesquisadores, foi minha segunda casa na graduação e também na pós. Tenho orgulho de ser

uma aluna egressa, já que vivi anos maravilhosos no campus Goiabeiras. Fiz amizades para a vida e convivi com professores que me ensinaram muito e proporcionaram experiências inesquecíveis. Neste momento, reforço meu agradecimento ao Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Territorialidades (PósCom) como um todo, mas em especial à secretária (que nos ajuda com muito carinho), o corpo docente (que em todas as disciplinas buscavam contribuir para as nossas pesquisas) e minhas colegas de turma (unidas até o fim do processo). Ainda no âmbito da Ufes, é preciso agradecer ao Laboratório de Projetos em Saúde Coletiva (LAPROSC), que generosamente me aproximou da Saúde Coletiva e me apresentou caminhos e produções científicas para a realização desta pesquisa.

Também é preciso mencionar o Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), local que viabilizou a realização desta pesquisa e que me ensinou muito sobre saúde, Sistema Único de Saúde (SUS) e educação permanente. Para muito além disso, me possibilitou conhecer pesquisadores que passei a admirar e me deu amigas especiais que me acompanharam nessa jornada e trouxeram leveza e acolhimento nos momentos mais difíceis.

E falando em amizade, sou abençoada por conviver com amigos que me presenteiam com momentos felizes e que compreenderam minhas ausências e preocupações durante o mestrado. Pensar que celebraríamos juntos essa vitória me animava e dava forças para concluir todo esse processo.

O mestrado foi o maior desafio pelo qual já passei, já que foram anos de dedicação e apreensão contínuas, o tempo todo pensando nos passos que eu precisava dar. Por isso, acho válido citar nesses agradecimentos que ainda bem que fui corajosa, resiliente e insistente. Que bom que acreditei que seria possível e que faria diferença na minha vida. Aprendi bastante comigo mesma e me surpreendi com a minha determinação, pois saio dessa experiência muito mais forte e pronta para encarar os próximos desafios, por maiores que sejam. Sou capaz, sou suficiente.

RESUMO

A pesquisa se propôs a construir um módulo de Comunicação e Saúde para ser inserido no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi), vinculado à Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (Sesa). Para isso, utilizou-se o Estudo de Caso e a Análise de Conteúdo para analisar cursos e disciplinas sobre Comunicação e Saúde ofertados no Brasil e entrevistas feitas com gestores e residentes do ICEPi e usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram usados referenciais teóricos da Comunicação e Saúde, da Educomunicação e da Educação Permanente em Saúde (EPS) para compreender como as pesquisas em Comunicação e Saúde podem contribuir para a formação de profissionais de saúde que atuam no SUS. Foram mapeadas pesquisas e ações de Educomunicação na área da saúde e iniciativas de Comunicação e Saúde para profissionais de saúde e realizadas entrevistas para entender a percepção dos gestores, residentes e usuários a respeito da relevância do tema. A partir dos levantamentos, foi feita uma proposta de módulo em Comunicação e Saúde que levou em consideração o estado da arte, as iniciativas anteriores e as entrevistas com os profissionais envolvidos e também usuários do SUS.

PALAVRAS-CHAVE

Comunicação; Comunicação em Saúde; Educomunicação; Residência Multiprofissional; ICEPi

ABSTRACT

The objective of this study was to develop a Communication and Health module to be integrated into the Multiprofessional Residency Program in Family Health at the Capixaba Institute for Teaching, Research, and Innovation in Health (ICEPi), affiliated with the Espírito Santo State Health Department (Sesa). To this end, a Case Study methodology and Content Analysis were employed to examine courses and disciplines related to Communication and Health offered in Brazil, alongside interviews conducted with ICEPi managers, residents, and users of the Unified Health System (SUS). The study drew on theoretical frameworks from the fields of Communication and Health, Educommunication, and Permanent Health Education (EPS) to explore how research in Communication and Health can contribute to the training of health professionals working within the SUS. The research involved mapping studies and initiatives in Educommunication within the health sector, as well as Communication and Health strategies aimed at healthcare professionals. Interviews were also conducted to capture the perspectives of managers, residents, and SUS users regarding the relevance of the theme. Based on this body of work, a proposal for a Communication and Health module was developed, incorporating insights from the literature review, prior initiatives, and the perspectives gathered through the interviews with professionals and SUS users.

PALAVRAS-CHAVE

Communication; Health Communication; Educommunication; Multiprofessional Residency; ICEPi

LISTA DE SIGLAS

Abrasco - Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ABE - Aprendizagem Baseada em Equipes
ABP - Aprendizagem Baseada em Problemas
ABPEducom - Associação Brasileira de Pesquisadores e Profissionais em Educomunicação
ACS - Agentes comunitários de saúde
APS - Atenção Primária à Saúde
AVAMEC - Ambiente Virtual de Aprendizagem do Ministério da Educação
AVA-SUS - Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde
BVS - Biblioteca Virtual de Saúde
Caps - Centro de Atenção Psicossocial
CAAE - Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP - Comitê de Ética em Pesquisa
CIRHRT - Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social
CFF - Conselho Federal de Farmácia
CFFa - Conselho Federal de Fonoaudiologia
CFN - Conselho Federal de Nutrição
CFO - Conselho Federal de Odontologia
CFP - Conselho Federal de Psicologia
CGSAJ - Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens
Cies - Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço
CMSI - Cúpula Mundial sobre a Sociedade da Informação
CNRM - Comissão Nacional de Residência Médica
CNRMS - Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde
CNS - Conferência Nacional de Saúde
CNS - Conselho Nacional de Saúde
COC - Casa de Oswaldo Cruz
Cofen - Conselho Federal de Enfermagem
Coffito - Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional
Confef - Conselho Federal de Educação Física
CREs - Centros Regionais de Especialidades
CRIS - *Communications Rights on the Informations Society*

CT - Câmara Técnica

DNSP - Departamento Nacional de Saúde Pública

DNERu - Departamento Nacional de Endemias Rurais

EAD - Educação à Distância

Ebem - Estratégia Brasileira de Educação Midiática

ESF - Estratégia Saúde da Família

eSF - Equipes de Saúde da Família

EUA - Estados Unidos da América

Fiocruz - Fundação Oswaldo Cruz

Famesp - Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo

Forp - Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto

GTCom - Grupo de Trabalho em Comunicação e Saúde

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

ICEPi - Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde

Icict/Fiocruz - Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde da Fundação Oswaldo Cruz

ICT - Instituição de Ciência e Tecnologia

IEC - Informação, Educação e Comunicação

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

Inamps - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

LGBTQIA+ - Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais, Queer, Intersexo, Assexuais e outras

LGPD - Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais

NCE - Núcleo de Comunicação e Educação

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

Opas - Organização Pan-Americana da Saúde

PBL - *Problem-Based Learning*

PICs - Práticas Integrativas Complementares

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNEPS - Política Nacional de Educação Permanente em Saúde

PNEPS - Política Nacional de Educação Popular em Saúde

PNLD - Programa Nacional do Livro Didático
PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde
PPGICS - Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde
PRMSF - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família
PUC Minas - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Qualifica-APS - Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
RAS - Rede de Atenção à Saúde
Secom/PR - Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República
Sesa - Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo
Sesp - Serviço Especial de Saúde Pública
SES-SP - Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo
SGTES - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
SNES - Serviço Nacional de Educação Sanitária
SUS - Sistema Único de Saúde
Sucam - Superintendência de Campanhas
TBL - *Team-Based Learning*
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCR - Trabalho de Conclusão das Residências
TICs - Tecnologias de Informação e Comunicação
UBS - Unidade Básicas de Saúde
UFCSPA - Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Ufes - Universidade Federal do Espírito Santo
UFNPA - Fundo de População das Nações Unidas
UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
UNA-SUS - Sistema Universidade Aberta do SUS
Unesco - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
Uninter - Centro Universitário Internacional
Unirio - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
USP - Universidade de São Paulo

LISTA DE QUADROS

- Quadro 1 - Categorias iniciais das entrevistas com gestores
- Quadro 2 - Categorias intermediárias das entrevistas com gestores
- Quadro 3 - Categorias finais das entrevistas com gestores
- Quadro 4 - Categorias iniciais das entrevistas com residentes
- Quadro 5 - Categorias intermediárias das entrevistas com residentes
- Quadro 6 - Categorias finais das entrevistas com residentes
- Quadro 7 - Categorias iniciais das entrevistas com usuários
- Quadro 8 - Categorias intermediárias das entrevistas com usuários
- Quadro 9 - Categorias finais das entrevistas com usuários
- Quadro 10 - Formações sobre Comunicação e/ou Comunicação e Saúde
- Quadro 11 - Categorias iniciais a partir das formações
- Quadro 12 - Categorias intermediárias das formações
- Quadro 13 - Categorias finais das formações

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	23
1.1 Interface entre Comunicação e Saúde.....	15
1.2 Saúde, Comunicação e Territorialidades.....	17
1.3. Procedimentos metodológicos.....	23
COMUNICAÇÃO E SAÚDE.....	25
2.1. O que é Comunicação.....	25
2.2. Comunicação e Saúde.....	26
2.3. Direito à Comunicação e Saúde.....	28
2.3.1. Fake news e desinformação.....	32
2. 3. 2. Ética profissional.....	36
2.4 O Sistema Único de Saúde (SUS).....	39
2.4.1. Direito à saúde.....	41
2.5. ICEPi.....	44
2.5. 1. Residências.....	44
2.5.1.1. Residência Multiprofissional em Saúde da Família.....	46
2. Educomunicação e Educação Permanente em Saúde.....	48
2.1 Contexto histórico da Educomunicação.....	49
2.2 Na prática.....	51
2. 3. Educação Permanente em Saúde.....	55
2. 4. Educação Permanente no âmbito do ICEPi.....	59
2. 5. Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família.....	60
2. 6. Formação em Saúde da Família.....	62
3. ESTUDO DE CASO.....	65
3.1. ICEPi.....	66
3.2. Entrevistas.....	67
3.3. Categorias a partir das entrevistas.....	70
3.3.1. Gestores.....	70

3.3.2. Residentes.....	72
3.3.3. Usuários.....	75
3.4. Formações.....	78
3.5. Construção do módulo de Comunicação e Saúde.....	92
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	94
REFERÊNCIAS.....	96
ANEXOS.....	119
ANEXO 1 - Termo de Anuência do ICEPi.....	119
APÊNDICES.....	122
APÊNDICE I - TCLE para gestores.....	122
APÊNDICE II - TCLE para residentes.....	125
APÊNDICE III - TCLE para usuários do SUS.....	128
APÊNDICE IV - Roteiro de perguntas para gestores e residentes do ICEPi.....	131
APÊNDICE V - Roteiro de perguntas para usuários do SUS.....	132

INTRODUÇÃO

A partir da compreensão da Organização Mundial da Saúde (OMS), a saúde tem sido reconhecida como o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença (Paim, 2009). Porém, o conceito passa por críticas ao ser visto como inalcançável e subjetivo, quando pensamos no que significaria o “completo estado” e o bem-estar (Batistella, 2007). A partir das reflexões do filósofo e médico francês Georges Canguilhem, Caponi (1997) descreve que, para o autor, os fracassos e o mal-estar fazem parte da nossa história, então a saúde não poderia ser a falta de erros, mas a capacidade de enfrentá-los. Todavia, isso não significa transferir a responsabilidade dos fenômenos de saúde e de adoecimento exclusivamente para os indivíduos, já que fatores sociais, econômicos e ambientais desempenham forte influência (Batistella, 2007). Stevanim e Murtinho complementam ao salientar que “não é possível garantir bem-estar físico, mental e social sem o exercício do direito à voz e a ser ouvido quanto a seus anseios, demandas e opiniões”, ou seja, o direito à comunicação (2021, p. 25).

Portanto, o direito à comunicação e ainda à compreensão das informações relacionadas à saúde tem motivado pesquisas e ações propositivas que visam incluir os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) na sua construção, sendo objeto de estudo de pesquisadores da Comunicação e Saúde. O campo tem por objetivo, então, entender e agir nos processos de produção de sentido que afetam a área da saúde, munido do aparato teórico e metodológico da Comunicação e alinhado aos interesses do campo da saúde (Araújo; Cardoso, 2007).

Historicamente, a Comunicação se mostrou relevante pela sua presença nas mais diversas ações promovidas pela área da Saúde, como campanhas de vacinação e de combate à dengue, em eventos realizados em hospitais e Unidades Básicas de Saúde (UBS), nas visitas dos agentes comunitários de saúde - conhecidos como ACS -, na relação entre profissionais e pacientes e outras. As UBS estão localizadas perto de onde as pessoas vivem e desempenham um papel central para garantir o acesso à saúde (Brasil, 2012).

Araújo e Cardoso entendem que “no campo da saúde, a comunicação não se dissocia da noção de direito” (2007, p. 61). Para as autoras, a Comunicação e Saúde também deve atuar para aperfeiçoar o SUS em todas as suas dimensões, com participação efetiva das pessoas no processo. A ideia de uma mera divulgação de informações não é tão somente o

foco, mas também o estímulo a um debate público de temas relevantes e que ampliem a participação social. Porém, “os processos comunicacionais no campo da saúde que valorizam a pluralidade ainda encontram inúmeros obstáculos para sua constituição e sustentabilidade” (Cardoso; Rocha, 2018).

Para Araújo e Cardoso,

[...] o direito à comunicação é indissociável do direito à saúde; a comunicação só pode ser assim chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem levadas em consideração; e para tal é imperativo que os princípios do SUS estejam na base da sua reconfiguração (2007, p. 60).

Porém, a Comunicação na interface com a Saúde tem muito a avançar para que seja mais representativa para a população, considerando suas necessidades e especificidades. Uma campanha “genérica”, que busca falar com todos os públicos, desconsidera particularidades que a deixariam mais efetiva. Por isso, um dos aspectos considerados pelos pesquisadores de Comunicação e Saúde é a construção conjunta das ações de promoção de saúde com a população.

A Comunicação pode contribuir para que os princípios - universalidade, equidade e integralidade - e diretrizes do SUS se tornem práticas cotidianas, mas para isso é preciso conhecer e planejar a Comunicação e Saúde no Sistema de Saúde. Esta afirmação vai ao encontro do papel da comunicação nas ações de promoção da saúde no pacto da saúde, preconizadas na Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), do Ministério da Saúde.

A PNPS inclui ações de promoção da saúde na agenda de atividades da comunicação do SUS por meio do apoio e fortalecimento de ações inovadoras utilizando diferentes linguagens e uso das diversas expressões comunicacionais, formais e populares, para favorecer a escuta e a vocalização dos distintos grupos envolvidos, contemplando informações sobre o planejamento, a execução, os resultados, os impactos, a eficiência, a eficácia, a efetividade e os benefícios das ações (Brasil, 2018). Sendo assim, as ações para promoção de saúde não podem perder de vista a assertividade no que é comunicado e a inclusão do público-alvo na construção das mesmas. Para Paim, “promover saúde significa fomentar, cultivar, estimular (...) a qualidade de vida das pessoas e das comunidades” (2009, p. 45).

Ações de promoção de saúde nos territórios são utilizadas por profissionais do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) durante a sua atuação, de acordo com o próprio ICEPi. O órgão, vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Espírito Santo (Sesa), foi criado em 2019, e oferta cursos de pós-graduação e tem Residências Médicas, Multiprofissionais e Uniprofissionais organizadas de forma descentralizada, em todas as regiões do Espírito Santo. Os Programas de Residências integram o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS), que tem como principal objetivo fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) por meio de metodologias inovadoras de ensino, do estímulo à pesquisa aplicada ao SUS e da oferta de profissionais de saúde no maior número de municípios capixabas (ICEPi, 2022).

O objeto deste estudo é a construção de um módulo de Comunicação e Saúde para ser inserido nos Programas de Residências Multiprofissionais do ICEPi, com a expectativa que contribua para uma comunicação efetiva entre residentes e população e também para a elaboração conjunta de ações em saúde entre profissionais e usuários do SUS, a partir de conceitos como Educomunicação, educação permanente, território e territorialidade. A escolha pelas Residências Multiprofissionais se dá pela maior quantidade de categorias profissionais presentes nas turmas de residentes. A multidisciplinaridade faz parte do SUS e um dos exemplos é a atuação das equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), que contam com no mínimo um médico, um enfermeiro, um técnico ou auxiliar de enfermagem e ACS (Brasil, 2023).

O ICEPi foi criado em cumprimento a uma diretriz inserida pela Emenda Constitucional nº 85/2015, que introduziu na Carta Magna o dever estatal de promover inovação e determinou ao Estado a implementação de políticas públicas para incentivar o desenvolvimento científico, a pesquisa e a capacitação científica e tecnológica para todas as áreas, não só na Saúde. Entre os objetivos do instituto, destaca-se o desenvolvimento do ecossistema de inovação entre Estado, municípios capixabas, setor produtivo e instituições de ensino, para o desenvolvimento de ações que fortaleçam o SUS (ICEPi, 2022). A escolha pelo órgão para esta pesquisa se dá pela minha atuação como jornalista e membro da Coordenação de Comunicação e Inovação em Saúde da instituição desde 2021.

A partir da criação do Qualifica-APS, os Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais do ICEPi começaram as atividades em março de 2020. O intuito é promover uma formação especializada para profissionais de saúde, para ofertar qualidade e integralidade nas ações em saúde para os usuários do SUS. O diferencial, de acordo com o instituto, é uma formação com visão humanista, reflexiva e crítica para que os residentes

atuem pautados em princípios éticos e conhecendo os diferentes cenários dentro da rede de saúde (ICEPi, 2022).

O site da instituição detalha que as Residências Multiprofissionais desenvolvidas são em Cuidados Paliativos, Saúde Coletiva, Saúde da Família, Saúde Mental, Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência e em Atenção em Terapia Intensiva. Já as Médicas são em Medicina de Família e Comunidade, Psiquiatria, Acupuntura, Clínica Médica, Medicina Intensiva e Neurocirurgia. Em 2024, o ICEPi iniciou, pela primeira vez, duas Residências Uniprofissionais: Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial e Enfermagem Obstétrica (ICEPi, 2024).

O Ministério da Saúde explica que “a residência é o padrão de excelência na pós-graduação em saúde, na modalidade ensino-serviço” (Brasil, 2023) e que compete ao SUS ordenar a formação de especialistas como uma das bases da estrutura da saúde pública no Brasil. Em 2005, foi instituída a Residência em Área Profissional da Saúde destinada às categorias que integram a área da saúde, exceto a médica, na modalidade de ensino de pós-graduação lato sensu. O objetivo, conforme a Lei nº 11.129, é constituir

[...] um programa de cooperação intersetorial para favorecer a inserção qualificada dos jovens profissionais da saúde no mercado de trabalho, particularmente em áreas prioritárias do Sistema Único de Saúde (Brasil, 2005, p. 1).

O regimento interno dos Programas dispõe que a especialização tem carga horária de 60 horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva, totalizando carga horária total mínima de 5.760 horas, a partir do artigo 1º, da Portaria Interministerial nº 16, de 22 de Dezembro de 2014, publicada no Diário Oficial da União. Ainda segundo o documento, a Residência Multiprofissional é constituída pela articulação entre as seguintes profissões: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional (Espírito Santo, Portaria Nº 015-R, 2020). Os campos de prática dos residentes são Unidades Básicas de Saúde (UBS), hospitais, setores da Secretaria de Estado da Saúde (Sesa), Secretarias Municipais de Saúde e Centros de Atenção Psicossocial (Caps), conforme informações da página de cada Programa de Residência Multiprofissional no site do ICEPi.

Assim, a proposta de delinear um módulo optativo consiste em abordar a Comunicação e Saúde numa perspectiva que dialoga com a realidade encontrada pelos residentes multiprofissionais do instituto, nos mais diversos campos de prática, distribuídos pelo território capixaba, para que estes desenvolvam competências educacionais na área e possam incrementar a formação.

1.1. Interface entre Comunicação e Saúde

A interface entre os campos de Comunicação e Saúde ganhou ainda mais notoriedade após a pandemia de covid-19, quando ficou nítida a necessidade da divulgação científica para a prevenção e tratamento da doença, além do combate à desinformação e às *fake news*. No editorial intitulado “Divulgação científica imuniza contra desinformação”, publicado em 2021, o editor de Comunicação e Divulgação Científica da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, Neyson Pinheiro Freire, avalia que a pandemia evidenciou a ciência dentro do debate público e que o conhecimento científico tornou-se relevante diante das mentiras propagadas sobre a doença (Freire, 2021). Pesquisadores responderam à demanda de tornar o conhecimento mais acessível, aproximando-se da sociedade. Porém, ainda “é preciso aproximar a linguagem dos artigos científicos às do jornalismo, das redes sociais, dos áudios e dos vídeos” (Mansur *et al.*, 2021).

Ao definir o discurso da divulgação científica em sua tese de doutorado, Zamboni detalha que

[...] a linguagem do cientista passa por um processo de “facilitação”, de modo a adequar-se ao “fundo aperceptivo do ouvinte” e favorecer a compreensão do assunto por parte do interlocutor (real ou imaginário), representado como alguém que daquele tópico científico nada sabe/entende ou sabe/entende pouco (1997, p. 27).

E facilitar a divulgação científica é um dos objetivos de formar profissionais com o olhar voltado para a Comunicação e Saúde, para que possam se comunicar de forma mais efetiva com os diversos usuários do SUS. São públicos distintos e que não recebem as informações da mesma forma, por isso é necessária a sensibilidade e atenção dos profissionais de saúde para a adaptação no momento de se comunicarem.

Mas como transformar o modo comunicativo na prática? Quais são os conhecimentos e as habilidades em comunicação necessários para que os profissionais de saúde efetivem uma comunicação mais eficaz e mais participativa? Partimos da ideia de inserção dos seguintes temas relacionados à Comunicação e Saúde na formação de residentes dos Programas de Residências Multiprofissionais do ICEPi:

- Comunicação e Saúde: princípios da Comunicação e Saúde e suas interconexões com os princípios do SUS, discute as políticas, especialmente na perspectiva da comunicação;
- Comunicação em tempos de emergência e saúde pública: tecnologias de Comunicação e Informação e impactos na saúde, a propagação de *fake news* e desinformação; relação entre dados e notícias; leitura crítica da mídia e de outros conteúdos;
- Comunicação e Territorialidade: discute o processo de identificação/organização e potencialização dos fluxos de comunicação no território; destaca os processos de comunicação e informação na perspectiva da integralidade e inclusão e equidade em saúde no território.

1.2. Saúde, Comunicação e Territorialidades

A Lei 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e o funcionamento dos serviços do SUS, destaca que o dever do Estado em garantir a saúde não exclui “o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade” (Brasil, 1990). De acordo com o Ministério da Saúde, 80% da população brasileira depende exclusivamente dos serviços públicos para qualquer atendimento de saúde (Brasil, 2022). Portanto, a garantia da saúde perpassa também por uma construção coletiva em um processo de corresponsabilização.

Então, para além do direito à saúde, pesquisadores de renomadas instituições, como a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), têm trabalhado o conceito do direito à comunicação e saúde. “Se saúde é democracia, o direito à comunicação seria um de seus pilares”, frisam Murtinho e Stevanim (2021, p. 17). Para garantir esse direito a usuários de um sistema de saúde tão amplo e diverso como o SUS, nossa aposta é na formação de profissionais que se debruçam sobre a Comunicação e Saúde com o objetivo de compreender os processos

comunicacionais necessários para dialogar e incluir a população na elaboração de ações para o seu próprio cuidado em saúde, e não algo unidirecional.

Araújo, Moreira e Aguiar (2013) enfatizam que os modelos de comunicação ainda predominantes nas instituições de saúde centralizam a produção de conteúdo privilegiando falas institucionais e pensando a comunicação apenas como informação, o que interfere na criação de canais de escuta que incluem a população e permitiriam a compreensão de suas reais demandas. Assim, esta pesquisa visa contribuir para o campo da Comunicação e Saúde ao alinhar os conceitos da comunicação com a prática dos profissionais de saúde no cotidiano de atendimento e realização de ações para os usuários do SUS.

A importância dada à comunicação se dá também pela necessidade de compartilhar, além de puramente “transmitir” informações. “Cada um tenta se comunicar para partilhar, trocar. É uma necessidade humana fundamental e incontornável. Viver é se comunicar e realizar trocas com os outros”, lembra Wolton (2010, p. 17). Para o autor, a comunicação está ligada ainda à emancipação do indivíduo e o contexto e a realidade das pessoas têm influência direta em como as mesmas recebem informações e são impactadas por elas. Por isso, é tão importante que essas questões sejam consideradas na construção de ações de comunicação voltadas para a promoção da saúde. Araújo e Cardoso lembram que “na comunicação há posições mais centrais e outras mais periféricas, que correspondem ao poder de produzir e fazer circular sua percepção do mundo, da sociedade, das pessoas e da saúde” (2007, p. 67). Ao abordar a relação entre comunicação e integralidade, as autoras citam atributos considerados indispensáveis para a boa comunicação, como escutar e reconhecer o outro e propiciar espaços de trocas comunicacionais (Araújo; Cardoso, 2007). Para os pesquisadores da Comunicação e Saúde, o ideal é que todas as vozes sejam ouvidas e produzam comunicação, não simplesmente tenham acesso à comunicação. Portanto, do ponto de vista social, esta pesquisa objetiva contribuir na formação dos profissionais, que terão a oportunidade de qualificar e pensar de forma mais estratégica as ações de promoção de saúde para a população.

Um dos caminhos, constituído, inclusive, como princípio organizativo do SUS, é o da participação comunitária ou social. O conceito compreende a inserção da população na construção de políticas públicas na defesa do direito à saúde (Fiocruz, 2023). Valla explica que a ideia de participação social surge “para se distinguir de uma outra concepção de sociedade, onde quem tem estudo e recursos aponta o caminho 'correto' para as classes populares” (1998, p. 7). Portanto, os usuários do sistema de saúde podem e devem ser incluídos na elaboração de ações de saúde, e não apenas participar como público-alvo. O que

ainda se vê é que foi dada à população um papel de apenas “receptora” de informações relacionados à saúde (Araújo; Cardoso, 2007), desconsiderando seu potencial e singularidades para a construção de ações de saúde mais efetivas ao lado dos profissionais da área. Paulo Freire (1983) já alertava que não há sujeitos passivos na comunicação e Wolton enfatiza que “o receptor, que nunca foi passivo, está cada vez mais ativo para resistir ao fluxo de informações” (2010, p. 18).

Um dos desafios dos profissionais de saúde é compreender as particularidades e diversidades de cada público-alvo, considerando a amplitude e o alcance do SUS. Paim (2009) explica que a concepção do sistema de saúde está vinculada a uma ideia principal de que todos têm direito à saúde e que esse direito está ligado à cidadania. Assim, os públicos-alvos para campanhas, eventos e ações de saúde são os mais variados possíveis, já que o SUS se propõe a ser universal e equânime.

Na atuação nos territórios, os residentes multiprofissionais do ICEPi também se deparam com distintos públicos, realidades e demandas relacionadas à saúde. Assim, as ações se pautam considerando esses fatores e são construídas de forma a abarcar o que cada campo de prática exige (Wiki Saúde ES, 2024). Por isso, abordar o conceito de território é central para a presente pesquisa: como compreender as diferentes realidades e os atores a serem considerados dentro de um território? Como construir as ações de comunicação com efetiva participação social?

Um dos caminhos para o entendimento dessas questões é o debate entre as diferentes definições de território e territorialidades. Desde o fim da Idade Média (500 - 1500 d.C), o território é utilizado para organizar cuidados de saúde, já que foram criados os primeiros códigos sanitários para estabelecer em quais locais seriam criados os animais, realizada a coleta de lixo e a canalização de esgoto. Também surgiram os primeiros hospitais para abrigar pessoas pobres e isolar os doentes. Desde o começo do século XX, no Brasil o território foi visto como maneira de instituir ações de saúde pública para os indivíduos, como vacinação e profilaxia de doenças, e para o coletivo, como saneamento. Até hoje, o território é dividido a partir das definições de áreas político-administrativas para uso e controle da saúde pública (Monken; Gondim, 2016). A preocupação em relacionar saúde e território começou a se fortalecer no país na década de 1980, pois a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) propôs uma estratégia de organização com base no conceito de território, focando na municipalização. O Brasil fez uma releitura da abordagem e pensou na divisão em distritos sanitários. Porém, com a criação do SUS, a municipalização foi uma das diretrizes

estabelecidas. Entretanto, a tendência é que pesquisadores da saúde compreendam o território para além das fronteiras físicas (Torres, 2009).

Monken e Godim (2016) alertam que compreender como a vida e os processos sociais acontecem nos territórios, o chamado “território vivo”, auxilia a entender como a população adoece, como pode ter saúde e como identificar formas de organizar serviços de saúde e ações para atender as necessidades e demandas. Os autores lembram que os territórios não são semelhantes e que alguns têm características próprias, como comunidades de pescadores, de agricultura familiar e de operários. Assim, os profissionais de saúde precisam conhecer as particularidades econômicas, culturais, ambientais, sanitárias e outras, já que influenciam diretamente na vida das pessoas e em como vivenciam a saúde, a doença e o cuidado. Juntos, profissionais e população podem aumentar a possibilidade de promover melhorias nas condições de vida e na saúde. Torres enfatiza que “quando se reconhece que o ambiente interfere na saúde, torna-se fundamental entender o espaço e pensar políticas públicas que levem em conta essas ideias” (2009, p. 2). Para o geógrafo e pesquisador do Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict/Fiocruz) Christovam Barcellos, os princípios do SUS - universalização, descentralização e integralidade - estão diretamente ligados à ideia de território.

Cada cidade e bairro têm características únicas, por isso as campanhas de promoção de saúde precisam fazer o uso de diferentes linguagens e formatos para atender as demandas específicas. Geralmente, essas campanhas são feitas por instituições, como Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, mas uma das premissas da Comunicação e Saúde é a inclusão da comunidade nas práticas comunicativas, para que estas também sejam assertivas dentro de cada território (Araújo e Cardoso, 2007). Stevanim e Murtinho (2021) frisam que a implantação e avaliação de políticas públicas e demais ações relacionadas ao direito à comunicação e saúde carecem do diálogo com as comunidades. Assim, um dos desafios que se apresentam é compreender as diferentes realidades e também os atores a serem considerados em cada território para a construção de ações de comunicação com efetiva participação social. Um dos caminhos para o entendimento dessas questões é o debate entre as diferentes definições de território e territorialidades.

Do ponto de vista da Comunicação, Martinuzzo define o território como “a porção do espaço, apropriada, utilizada, vivida por todos nós. Nesse sentido, as territorialidades se constituem em função da vida vivida nos territórios” (2016, p. 10). Já o geógrafo Robert David Sack explica que “territórios políticos e propriedades privadas de terra podem ser as formas mais familiares em que a territorialidade ocorre”, mas o conceito não se limita a isso

(2013, p. 63). O pesquisador cita o lar e o local de trabalho como exemplo de territorialidade, a partir do controle do espaço. Ele define a territorialidade como “tentativa, por indivíduo ou grupo, de afetar, influenciar ou controlar pessoas, fenômenos e relações ao delimitar e assegurar seu controle sobre certa área geográfica” (2013, p. 76).

E assim como inclui, o território tem potencial para excluir. Essa exclusão pode ser identificada em ações de saúde que não consideram alguns fatores, que comprometem uma comunicação eficiente, como cartazes fixados em uma comunidade onde o índice de analfabetismo é alto, por exemplo. Sack ainda destaca que, para exercer o controle, os indivíduos nem precisam estar no território e a “territorialidade é uma estratégia para estabelecer diferentes níveis de acesso a pessoas, coisas e relações” (2013, p. 78).

Relacionando com a Comunicação e Saúde, a territorialidade pode se configurar nesse acesso limitado às ações de promoção de saúde que não são inclusivas e amplamente diversificadas para atingir os diferentes públicos de forma assertiva. Ações essas que, muitas vezes, não são construídas com a população daquele território e têm um aspecto unidirecional. Isso fica explícito ao observarmos que campanhas de saúde advindas de órgãos oficiais, como o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde, são replicadas nos territórios sem que sejam levadas em consideração as distintas realidades, como doenças predominantes e questões socioculturais. No artigo em que analisam campanhas do Ministério da Saúde para a prevenção de arboviroses, Andrada *et al* avaliam que a comunicação feita pela pasta “segue o padrão campanhista de 1920 para executar suas ações” e ignora as diretrizes para uma comunicação educativa e capaz de promover saúde ao utilizar estratégias de transmissão de informações verticalizadas. “A forma padronizada de realizar a comunicação ainda é o modelo tradicional, e não o baseado em uma educação emancipatória”, concluem (Andrada et al, 2020, p. 13).

Para Reis, “encontramos nos dispositivos de comunicação presentes na sociedade um poderoso vetor que propulsiona os processos de constituição de territórios e territorialidades” (2017, p. 23). Esses dispositivos de comunicação variam dentro de uma mesma sociedade. Com a expansão das redes sociais, por exemplo, houve um crescimento de uma produção mais “caseira” de conteúdo, feita pelo próprio celular, sem grande infraestrutura, mas que consegue ocupar um espaço de fala, de produção de conteúdos. Mas até essa produção mais simples esbarra em questões como acesso à internet e visibilidade. A pesquisa referente ao uso das tecnologias da informação e comunicação nos domicílios brasileiros de 2022 demonstra que a elite econômica é a principal responsável pela produção e circulação de conteúdo e apenas 30% dos usuários das classes A e B afirmaram não criar, compartilhar e

fazer download de conteúdos. Já nas classes C, D e E, 70% disseram que não fazem esse tipo de uso da internet (CGI.br, 2023). As oportunidades não são iguais para todos, conforme explica o geógrafo brasileiro Milton Santos.

O seu valor como produtor, consumidor, cidadão depende de sua localização no território. Pessoas com as mesmas virtualidades, a mesma formação, até mesmo o mesmo salário têm valor diferente segundo o lugar em que vivem: as oportunidades não são as mesmas. Por isso, a possibilidade de ser mais, ou menos, cidadão depende, em larga proporção, do ponto do território onde se está (2007, p. 107).

O autor lembra que a produção sofre influência das condições de acessibilidade, que dependem da localização (Santos, 2007). A reflexão pode ser trazida para o âmbito da comunicação quando pensamos na representação da periferia nas grandes mídias e também na diferença de visibilidade de produção de conteúdo por quem está às margens.

A informação fabricada é econômica e geograficamente concentrada. Dispondo da exclusividade dos canais de difusão, os responsáveis pela informação descem até os indivíduos, ao passo que estes não podem fazer subir suas aspirações até eles. Essa desigualdade é tanto econômica e social como geográfica. Quanto mais longe dos centros de poder, mais difícil é fazer ouvir a própria voz (Santos, 2007, p. 118).

Para o geógrafo, os responsáveis pelas informações as transmitem às pessoas, porém elas “não podem fazer subir suas aspirações até eles” (Santos, 2007, p. 118). Mesmo diante das disparidades no acesso e na produção, diferentes tipos de conteúdos continuam sendo criados pelas pessoas dentro das comunidades e bairros. Antes invisibilizadas, a intenção é projetar uma nova forma de comunicação, mais representativa e diversa, inclusive em temas como a saúde, considerando a realidade do território onde estão inseridas. Como explica Martinuzzo,

[...] não há vida, ou território, que se institua sem as mediações dos processos comunicacionais, seja para estabelecer as hegemonias fundantes de uma comunidade (poder) - um bairro, uma associação, uma cidade, um Estado, um país, um continente, um planeta -, seja para tecer o dia a dia das relações humanas e suas idiosincrasias cotidianas (práticas) (2016, p. 11).

Monken e Godim (2016) chamam a atenção para o processo de precarização das condições de vida e também das formas de vulnerabilidade social e riscos à saúde. Nos territórios vulneráveis, a oferta de serviços essenciais são deficientes e há problemas de mobilidade. Assim, são muitos os territórios de exclusão. Diante de tantas questões a serem consideradas para a elaboração de ações de saúde que se façam assertivas, a formação dos profissionais que as executam emerge como uma oportunidade de qualificar iniciativas já pensadas, mas que poderão ser aprimoradas. Para Barcellos, a territorialização precisa se fazer presente na formação dos profissionais de saúde (Torres, 2009).

1.3 Objetivo

O objetivo geral da pesquisa é compreender como a Comunicação e Saúde pode contribuir para a formação dos profissionais, por meio da construção de um módulo na formação de residentes do ICEPi. Já os objetivos específicos são:

- Realizar o levantamento das iniciativas de ensino de comunicação e saúde para profissionais de saúde e das estratégias e ferramentas utilizadas;
- Mapear o estado da arte em Educação para a saúde, em busca dos conceitos mais importantes para fundamentar a elaboração do módulo, por meio da pesquisa em bases científicas;
- Entender a percepção dos gestores e residentes a respeito da relevância do tema para a formação e do conteúdo ofertado e de usuários sobre a importância da comunicação para o cuidado em saúde.
- A partir dos levantamentos, elaborar uma proposta de módulo de Comunicação e Saúde que leve em consideração o estado da arte, as iniciativas anteriores e as entrevistas com os profissionais envolvidos e também usuários do SUS.

Ao longo da residência, os residentes trabalham diversas temáticas e a Comunicação e Saúde pode ser uma delas, já que os profissionais têm interesse, como veremos nos resultados desta pesquisa. Os gestores entrevistados também consideram um tema relevante e que pode contribuir em muito para a atuação no SUS. Dada a configuração dos Programas de

Residências do ICEPi, um módulo é uma proposta viável a ser incrementada no processo formativo.

1.4. Procedimentos metodológicos

A construção do módulo de formação passou por um processo de pesquisa institucional que usou como método a pesquisa qualitativa por meio do estudo de caso. Yin (2010) explica que essa é uma estratégia para compreender acontecimentos contemporâneos e inclui a observação direta e uma série sistemática de entrevistas, com a possibilidade de utilizar uma variedade de evidências. Em suma, a metodologia escolhida investiga um fenômeno dentro do contexto de vida real em que ele está inserido.

Para a construção do módulo de Comunicação e Saúde para os Programas de Residências Multiprofissionais do ICEPi, a pesquisa se aprofundou nos estudos do campo da Comunicação e Saúde e também na compreensão da constituição e desenvolvimento das residências em saúde. Uma etapa de entrevistas com residentes e gestores do instituto também foi feita para o conhecimento da percepção e da importância do campo na ótica de cada um dos participantes.

Yin (2010) orienta alguns cuidados a serem tomados para o início da pesquisa que se utiliza do estudo de caso, como obter o consentimento dos participantes do estudo e proteger a privacidade e confidencialidade dos envolvidos. As evidências para a realização do estudo de caso, segundo o autor, podem ser documentos, arquivos, entrevistas, observação direta ou participante e objetos. Yin (2010) orienta o uso de várias fontes, um banco de dados do estudo e o vínculo entre as evidências, já que o uso de várias fontes possibilita uma abordagem mais ampla de aspectos comportamentais e históricos.

Nesta pesquisa, utilizamos os materiais disponibilizados pelo ICEPi e também entrevistas em profundidade do tipo semiestruturada com um único respondente (Gaskell, 2000). O autor define que a entrevista qualitativa oferece dados básicos que contribuem para o entendimento das relações entre os atores e a situação investigada. “O objetivo é uma compreensão detalhada das crenças, atitudes, valores e motivações, em relação ao comportamento das pessoas em contextos sociais específicos” (Gaskell, 2000, p. 65). O autor reforça que o objetivo desse tipo de entrevista é apresentar uma amostra do espectro dos pontos de vista dos entrevistados.

Para as entrevistas, foi feito o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndices I, II e III), que aborda os objetivos da pesquisa, o tempo estimado de duração e o local da entrevista, os riscos e as garantias de participação e demais informações relevantes. Todos os participantes assinaram o documento.

As perguntas para a gestão do instituto (Apêndice IV) incluem qual é a percepção prévia sobre Comunicação e Saúde e se consideram a temática importante a ponto de ser incluída na formação dos residentes. Já para os profissionais (Apêndice IV), as entrevistas também questionaram como são pensadas as ações de saúde, a fim de compreender se há uma metodologia para a elaboração das mesmas a partir das premissas da Comunicação e Saúde, além do conhecimento sobre o campo. Gestores e residentes foram entrevistados nos locais em que atuam, de forma individual. As perguntas e respostas foram gravadas e posteriormente transcritas para a análise do conteúdo.

Nas entrevistas com os usuários (Apêndice V), buscou-se o entendimento se os mesmos consideram as ações importantes para o cuidado em saúde e a adesão aos tratamentos. A pesquisa ainda perguntou se há a participação dos mesmos na construção dessas ações e se há o interesse em serem incluídos. Essa etapa ocorreu nas UBS que frequentam, também de forma individual, utilizando-se da mesma metodologia usada com gestores e residentes.

As entrevistas foram gravadas e utilizadas somente para esta pesquisa. Os riscos desta pesquisa foram relativos a alguma pergunta que pudesse causar algum desconforto quando o entrevistado estivesse respondendo, mas todos optaram por responder a entrevista completa. O consentimento para a participação na pesquisa pôde ser retirado em qualquer fase da pesquisa, se assim o participante desejar. As informações fornecidas foram utilizadas para fins de pesquisa científica e a participação não trouxe despesas ou danos e nenhum pagamento aos participantes. Como benefício indireto, a participação irá contribuir para melhorar a formação dos residentes no campo da Comunicação e Saúde. Os resultados do estudo serão divulgados para os participantes e para o ICEPi, onde os dados foram obtidos.

O instituto concedeu Termo de Anuência (Anexo I) para a realização do estudo, assinado pela Direção-Geral, Gerência de Inovação e Coordenação de Pesquisa. O estudo também foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE) nº 81329224.8.0000.5542. A aprovação também foi repassada à Coordenação de Pesquisa do ICEPi. Após a conclusão desta dissertação, os resultados gerados serão compartilhados com o instituto para a avaliação e possível incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

COMUNICAÇÃO E SAÚDE

2.1. O que é Comunicação

O ato de comunicar-se está presente em nossas atividades cotidianas, no relacionamento diário com outras pessoas e, sendo assim, a Comunicação é compreendida de diversas formas e têm definições distintas. Nesse sentido, França (2016) interpreta que a Comunicação é um fenômeno concreto da realidade e que envolve pessoas, objetos e ações.

A importância se dá pela necessidade de compartilhar, além de puramente “transmitir” informações. “Cada um tenta se comunicar para partilhar, trocar. É uma necessidade humana fundamental e incontornável. Viver é se comunicar e realizar trocas com os outros”, enfatiza Wolton (2010, p. 17). Para o autor, a comunicação tem mais complexidade que a informação, pois envolve as relações e o outro e, por isso, tem resultados incertos.

Então, diante de tantas possibilidades, qual é o objetivo do campo da Comunicação? Figaro (2015) entende que é compreender o processo comunicativo em si, as interações dos sujeitos e os modos de produção e recepção dessas relações. Já o conceito de comunicação, para a autora, é a característica que constitui o ser humano e está em toda relação social, incorporado também aos processos produtivos. Portanto, não se limita a pensar a comunicação como transmissão de informação.

Como parte fundamental da vida em sociedade, a Comunicação relaciona-se também com outras áreas, como a Educação e a Saúde, provocando inúmeras pesquisas sobre essas interfaces interdisciplinares. Epstein (2001) explica que a Comunicação atravessa disciplinas das ciências sociais e assume um papel central em determinadas problemáticas, enquanto Martín-Barbero destaca que “no estudo da comunicação não significa a dissolução de seus objetos nos das disciplinas sociais, mas a construção de articulações” (2004, p. 220). Como exemplo dessas articulações, encontramos a interface entre a Comunicação e Saúde na constituição de um novo campo, abordado com mais profundidade a seguir.

2.2. Comunicação e Saúde

A Comunicação e Saúde desponta como um campo que tem ganhado cada vez mais notoriedade, principalmente após a pandemia de covid-19. Aumentaram as pesquisas que

incluem essa interface e compreendem a importância do campo principalmente para avanços no SUS. As pesquisadoras Inesita Soares de Araújo e Janine Miranda Cardoso, do IciCT/Fiocruz, são duas referências no campo e definem que o objetivo é “compreender e agir sobre os processos sociais de produção de sentido, que afetam diretamente o campo da saúde” (2007, p. 21) utilizando-se do aparato teórico-conceitual e metodológico da comunicação para articular com os interesses da saúde. É importante destacar, entretanto, que a relação entre Comunicação e Saúde não é recente e esteve presente em processos históricos que contribuíram para a construção do SUS e na elaboração de políticas públicas.

Na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920, por exemplo, a educação sanitária e a propaganda foram incluídas como estratégias para o enfrentamento às questões como epidemias e adoção de medidas de higiene. Na época, o binômio educação e comunicação (ainda pensada apenas como propaganda) ganhou força para buscar garantir a efetividade de políticas públicas em saúde (Araújo; Cardoso, 2007).

Já nos anos 40 surge o Serviço Nacional de Educação Sanitária (SNES), que reforça o papel da educação e comunicação para a área da saúde. O objetivo do SNES, ao ser criado por Getúlio Vargas, era informar sobre as doenças e a prevenção por meio da produção de materiais educativos e metodologias, que eram utilizados por organizações e redes de serviços. A veiculação dos materiais era feita pelos meios de comunicação. Também criado por Vargas, o Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp), era mais um órgão que produzia e disseminava conteúdos informativos e educativos. Com o passar do tempo, a comunicação se manteve presente na estruturação de políticas públicas de saúde (Araújo; Cardoso, 2007).

Em 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) marcou a reforma sanitária no Brasil, sendo a primeira aberta à sociedade. Os temas tratados no evento foram a saúde como direito, a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e o financiamento setorial. O relatório final foi a base do capítulo sobre saúde na Constituição Federal de 1988, que culminou na criação do SUS (Brasil, 2022). Araújo e Cardoso (2007) destacam que, na ocasião, o direito à informação, educação e comunicação foi considerado inerente ao direito à saúde. E o direito à saúde, na visão estabelecida na CNS, extrapola o olhar que reduz a saúde como a ausência de doença e vai além, tratando de situações concretas para a sua efetivação, como educação, trabalho, moradia, acesso à água potável, ausência de medo e de violência, etc (Stevanim; Murtinho, 2021). As conferências têm a característica de serem espaços democráticos para a construção de políticas públicas. Os debates contam com a participação da sociedade civil e também representantes do governo (Brasil, 2022). Esses eventos, que acontecem a cada

quatro anos, são os principais espaços de participação social e controle social no setor saúde, juntamente aos conselhos de saúde (Araújo; Cardoso, 2007).

Na CNS seguinte, em 1992, informação, educação e comunicação começaram a ser discutidas no aspecto da ampliação da participação social e relacionadas à democratização. O relatório final da 9ª Conferência apoiou o projeto de lei para a democratização dos meios de comunicação, que tramitava no Congresso Nacional. Já a 10ª CNS, em 1996, contribuiu para estabelecer prazos para a construção de uma política nacional de informação, educação e comunicação (Araújo; Cardoso, 2007).

Um marco importante também foi a 11ª Conferência, realizada em 2000, que consolidou a fórmula Informação, Educação e Comunicação (IEC) e produziu um relatório final que enfatizava a criação de uma Rede Pública Nacional de Comunicação em Saúde. Dentre o que foi discutido no evento, destaca-se a defesa da utilização de distintos meios de comunicação para a democratização, a comunicação pública quanto ao acesso e qualidade dos serviços de saúde e estratégias de divulgação de materiais informativos. Em 2003, na 12ª CNS, a comunicação e a informação já aparece como um eixo temático, como lembram as autoras.

Paim destaca que, apesar dos relatórios finais das conferências incluírem propostas da sociedade civil, de gestores e de profissionais de saúde, “tais documentos podem não representar a opinião do brasileiro comum, com seus sonhos e temores no que diz respeito ao atendimento dos seus familiares” (2009, p. 107). Tudo isso mostra como a formação do campo Comunicação e Saúde de forma mais articulada é viabilizada a partir do início da década de 1990. Para Araújo e Cardoso (2007), algumas das estratégias para o desenvolvimento e fortalecimento do campo vêm de cursos de pós-graduação *lato sensu*, de oficinas e formações de curta duração, do Grupo de Trabalho em Comunicação e Saúde (GTCom) na Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco), da participação em congressos de saúde e comunicação, da busca pela inclusão do temas nas CNS e da realização de pesquisas.

Ainda na mesma década, é criada a Comissão de Comunicação do Conselho Nacional de Saúde, que contribui para o entendimento da comunicação como parte fundamental da participação social e abrange lutas como o direito à informação e à comunicação. “Estão em causa a possibilidade de acesso adequado e suficiente às informações produzidas pelo Sistema de Saúde, mas também a de se expressar, ser ouvido e ser levado em consideração” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 28).

Apesar das diversas iniciativas e mudanças já vistas, a Comunicação em Saúde ainda tem a avançar para que inclua a população na formulação de ações e políticas públicas. O que ainda se vê é uma comunicação unidirecional, vinda de órgãos oficiais ou profissionais de saúde para as pessoas. No artigo em que abordam a comunicação de doenças negligenciadas, Araújo, Moreira e Aguiar (2013) advertem que as ações de comunicação mais encontradas na área da saúde têm o objetivo de informar e dar recomendações para evitar doenças, sendo como campanhas periódicas ou em surtos ou epidemias.

Porém, o conceito de polifonia vem ganhando espaço e ajuda na compreensão de que múltiplas vozes fazem parte do processo comunicacional e não podem ser silenciadas. Bakhtin (1992) lembra que as diferentes vozes representam interesses e também posições distintas na estrutura social, tornando a linguagem um espaço de colisão em volta das relações de poder. O autor traz o conceito de dialogismo para explicar que a comunicação é um processo de produção de sentidos e não a mera transmissão de informações, assim como a linguagem não é apenas um instrumento para se comunicar, mas também um lugar de disputas. Sendo assim, há a compreensão que as pessoas já possuem saberes, referências e informações prévias, ou seja, “o receptor, nessa perspectiva, é um interlocutor, um coprodutor de sentidos” (Araújo; Cardoso, 2007, p. 58). Para as autoras, a comunicação que estudiosos da Comunicação e Saúde almejam considera as condições sociais, materiais, institucionais e subjetivas da produção de sentidos e compreende a relevância das relações de poder determinantes para processos e práticas comunicativas.

A comunicação que queremos precisa escutar e entender os silêncios, as ausências, amplificar as vozes historicamente abafadas, entender os sentidos ‘clandestinizados’ por força das estruturas e práticas autoritárias (Araújo; Cardoso, 2007, p. 111).

2.3. Direito à Comunicação e Saúde

Ao pensar o direito à saúde, pesquisadores da Comunicação e Saúde enfatizam que o direito à comunicação e saúde também é parte integrante da cidadania tida como base para a construção do SUS. Realizando um breve resgate histórico, a comunicação aparece primeiro como liberdade de expressão, estabelecida como um direito na Declaração dos Direitos do Homem e do Cidadão, em 1789, pela Assembleia Nacional Francesa, e na Primeira Emenda da Constituição dos Estados Unidos da América, em 1791 (Stevanim; Murтинho, 2021). Já em 1948, a Declaração Universal dos Direitos Humanos traz no artigo 19:

Todo ser humano tem direito à liberdade de opinião e expressão; esse direito inclui a liberdade de, sem interferência, ter opiniões e de procurar, receber e transmitir informações e ideias por quaisquer meios e independentemente de fronteiras (ONU, 1948).

No final da década de 1960, o então diretor de Serviços Visuais e de Rádio da Organização das Nações Unidas (ONU), Jean d'Arcy, propôs uma visão da comunicação para além da liberdade de expressão e informação. O tema já começava a fazer parte dos debates em agendas das Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) desde o início da década (Stevanim, Murtinho, 2021). A Unesco foi criada em 1945 com a missão de contribuir para a paz por meio da colaboração entre as nações nas áreas que leva em seu nome para avançar no respeito universal por justiça, direitos humanos e liberdades fundamentais (Unesco, 2002).

No livro “O direito de comunicar: expressão, informação e liberdade”, Fischer descreve que d'Arcy acreditava que a Declaração Universal dos Direitos do Homem e do Cidadão necessitaria englobar “o direito do homem de se comunicar” (1984, p. 26). Assim, a comunicação não é vista como mera transmissão de informação. Fischer detalha que o direito à se comunicar é uma necessidade humana e universal, em uma dinâmica que envolve participação ativa.

Em 1976, a Unesco criou a Comissão Internacional para o Estudo dos Problemas de Comunicação, conhecida como Comissão MacBride. Presidida pelo irlandês Sean MacBride, a comissão contava com 16 membros representando diversos países e debatia a necessidade de uma comunicação democrática para abarcar o respeito à diversidade cultural e de vozes. Quatro anos depois, foi publicado o Relatório MacBride, chamado de “Um Mundo e Muitas Vozes: comunicação e informação na nossa época”, no qual a comunicação é enxergada como parte de um processo histórico pela liberdade e democracia, como uma questão de direitos humanos. Um ponto importante do documento é a superação de que apenas a circulação de ideias seria suficiente para a difusão da comunicação e a visão de que a comunicação é um espaço político (Stevanim, Murtinho; 2021).

No Brasil, a década de 80 marcou a redemocratização do país, resultando na Constituição de 1988. No capítulo 1, dos Direitos e Deveres Individuais e Coletivos, o inciso IV do artigo 5º determina a liberdade de expressão, enquanto o inciso IX trata da liberdade de

“expressão da atividade intelectual, artística, científica e de comunicação, independentemente de censura ou licença”. Já o capítulo V, “Comunicação Social”, tem em seu primeiro artigo a garantia da livre manifestação do pensamento e da criação (Brasil, 1988).

Outro momento importante se desenvolveu em meados dos anos 1990, quando movimentos sociais se reuniram em torno da campanha Direitos à Comunicação na Sociedade da Informação (*Communications Rights on the Informations Society - CRIS*). O contexto era de globalização e expansão das tecnologias de informação e comunicação (TICs), que aumentaram as disparidades também no âmbito da comunicação (Stevanim; Murtinho, 2021). A CRIS foi criada pela Plataforma pelo Direito à Comunicação para defender os direitos humanos e os processos democráticos na Cúpula Mundial sobre a Sociedade da Informação (CMSI), organizada pela ONU. Temas como o direito à comunicação e a participação da sociedade civil são o cerne dos debates da CMSI (Observatório da Imprensa, 2004).

Stevanim e Murtinho (2021) explicam que as articulações em torno do direito à comunicação na Cúpula levam em consideração novos atores políticos atuando em espaços mediados pelo Estado ou na mídia independente e comunitária; grupos que pressionavam por políticas que regulavam a radiodifusão e a internet; fóruns globais alternativos; movimentos que representam minorias políticas como mulheres, negros, LGBTQIA+, povos tradicionais e outras. Mattelart (2009) detalha que o movimento passa a tratar de direitos à comunicação no plural, como comunicação pública, acesso à informação, diversidade na mídia, liberdade de expressão e de imprensa, produção e compartilhamento de conhecimentos e direitos civis e culturais. O autor complementa que o direito à comunicação não pode ser dissociado dos direitos civis e sociais, pois “trata-se de criar condições para o desdobramento dos potenciais humanos. O reconhecimento desses direitos, incluindo o direito à comunicação, é o reconhecimento do direito de todos a participar na transformação da sociedade” (Mattelart, 2009, p. 11).

O exercício efetivo do direito à comunicação exige condições sociais, políticas e culturais. Ao relacionar com a área da saúde, Stevanim e Murtinho (2021) explicam que não existe saúde sem espaço para a participação social nas decisões que influenciam a sociedade e não há garantia de bem-estar físico, mental e também social sem o direito à voz e a ser ouvido sobre suas demandas e opiniões. Por isso, o campo da saúde tem se preocupado com o desenvolvimento de espaços para a participação social para alcançar uma comunicação mais democrática e plural. A participação, conforme descrição de Bordenave (1983), é uma

necessidade do ser humano que requer condições para que se concretize, assim como a comunicação. Para o autor, uma sociedade verdadeiramente participativa se constitui pela possibilidade de que todo cidadão tenha parte na produção e gerência e desfrute dos bens da sociedade de forma equitativa.

Retomando à saúde, o desafio é não limitar o protagonismo apenas às instituições, mas empoderar as pessoas para práticas comunicativas que também sejam assertivas dentro de seu território:

O planejamento, a implementação e a avaliação de políticas e projetos voltados para a garantia dos direitos à comunicação e saúde devem ser pensados no diálogo com comunidades, movimentos sociais, trabalhadores e trabalhadoras do SUS, instituições científicas de ambos os campos, gestores e cidadãos e cidadãs em geral (Stevanim; Murtinho, 2021, p. 146).

A promoção do direito à comunicação e saúde é requisito para o exercício da cidadania e a participação popular, que são princípios do SUS. Para Araújo e Cardoso,

[...] a comunicação só pode ser assim chamada em sua plenitude quando concebida e aplicada como redistribuição do poder de as pessoas se expressarem e serem levadas em consideração (2007, p. 60).

Embora a temática tenha avançado em discussões e ações, o direito à comunicação e saúde se relaciona às dinâmicas de poder na sociedade e depende dos atores envolvidos nos dois campos. O ponto central é que não há garantia permanente dos direitos, já que estes podem passar por retrocessos (Stevanim; Murtinho, 2021). Portanto, são muitos desafios a serem enfrentados para que esse direito seja efetivo e provoque transformações para a população. Um dos caminhos apontados por pesquisadores da Comunicação e Saúde é a conciliação entre políticas públicas e o desenvolvimento de ações práticas para as pessoas, mas que não fiquem limitadas ao âmbito das instituições. As demandas sociais, assim como os saberes e práticas da sociedade, são fundamentais para o exercício da comunicação e da cidadania (Stevanim; Murtinho, 2021). O diálogo e a participação social são iniciativas que colaboram para a democratização da comunicação e para os avanços propostos pela Comunicação e Saúde.

2.3.1. *Fake news* e desinformação

Os processos comunicacionais na saúde que buscam pela pluralidade encontram desafios para se constituírem (Cardoso; Rocha, 2018), esbarrando ainda em questões como a desinformação e as *fake news*. Portanto, a temática também tem levantado discussões no âmbito da Comunicação e Saúde.

Na definição de Christofolletti (2018), as notícias falsas são criadas para confundir e enganar, compartilhadas nas redes sociais por pessoas ou por *bots* e algoritmos, chamados de sistemas automatizados. Nesse sentido, Souza (2019) compreende que “o uso político das emoções e dos afetos, com dose cínica de falsidade, são o caldo ideológico pós-moderno da disseminação de ‘fake news’”. Porém, a produção e disseminação de desinformação e *fake news* não é uma novidade, sendo comparadas aos antigos boatos (Becker; Goes, 2020). O que se destaca é a velocidade com que esses conteúdos se espalham na internet, principalmente por meio das redes sociais. O que parecia ser a opinião de pequenos grupos hoje alcança visibilidade na mídia e impacta até em decisões políticas (Moraes; Carneiro, 2018).

Souza (2019) lembra que a tecnologia favorece novas formas de interação e também a manutenção destas. O volume de informações é extenso e com uma veiculação rápida e acessível, dificultando a distinção do que é verdadeiro e do que não passa de *fake news*. Para Gomes, Moraes e Ribeiro,

[...] as redes digitais acentuaram o regime do excesso, modificando a relação com o saber. (...) a realidade tende a se deslocar dos fatos, e o regime da opinião relativiza o mundo e tudo se torna um ponto de vista. As informações que suscitam emoção têm preponderância (2023, p.199).

E nesse contexto de interação nas redes sociais ainda há de se considerar a busca pelas “curtidas” como um “reconhecimento narcísico nas bolhas” (Souza, 2019, p. 4). A dinâmica de funcionamento da internet propicia que os algoritmos formem bolhas onde cada usuário recebe o conteúdo que lhe agrada, de forma quase personalizada. Apesar de confortável, esse “mundo ideal” pode não representar a realidade dos fatos e ainda receber informações inverídicas (Musse; Musse; Tavares, 2023). As muitas possibilidades nas redes sociais também se apresentam como armadilhas, estabelecendo uma tensão entre pensamento, cidadania e ainda o sentido de comunidade (Martins, 2023).

O mesmo espaço que possibilitou mais participação das pessoas também se tornou um local de circulação de desinformação e discursos de ódio, o que é prejudicial para a sociedade, interferindo na confiança entre as pessoas e ainda nas instituições (Brasil, 2023).

O compartilhamento das notícias falsas despertou também a atenção da OMS, que já havia alertado para o impacto na saúde da circulação das *fake news* e ainda da grande quantidade de informações, chamada de “infodemia” nos comunicados realizados durante a pandemia de Covid-19 (Musse; Musse; Tavares, 2023). Murtinho e Stevanim (2021) frisam que as notícias falsas sobre tratamentos não eficazes contra a doença interferem na circulação de informações verídicas e podem causar danos à saúde provocados por automedicação e abandono de práticas eficazes de promoção e proteção à saúde.

É um fenômeno que não tem uma solução posta. Martino (2022) destaca que a maioria das discussões sobre o tema tem o objetivo de denunciar e propor maneiras de combater, identificando as informações falsas e tentando evitar a disseminação. O autor aponta as principais estratégias, como ações para desmentir, como agências de checagem de fatos, ações ligadas à educação e elaboração de leis. No sentido de ações de educação, Costa e Romanini consideram a educomunicação como uma possibilidade no enfrentamento às *fake news*:

[...] como campo teórico-prático emergente na interface entre educação e comunicação, com linhas de atuação que desenvolvem a apropriação crítica do conteúdo midiático, de forma participativa e criativa, a educomunicação tem um importante papel reservado (embora ainda timidamente ocupado) na busca de soluções para o problema das *fake news* (2019, p. 72).

Assim, é um campo que procura promover a educação das pessoas em relação aos meios de comunicação e suas possibilidades discursivas e ainda sobre formas alternativas de comunicação, favorecendo a criação e distribuição em meios alternativos à grande mídia. A educomunicação também se preocupa com a democratização da comunicação (Costa; Romanini, 2019).

Outro caminho é a cobrança para que as redes sociais adotem uma postura de combate à desinformação nas plataformas (Recuero *et al*, 2021), por meio da mobilização entre entes da sociedade e as mídias. Além disso, a internet é um espaço que pode ser utilizado para a difusão de campanhas educativas acerca da temática.

Em 2014, a lei nº 12.965, chamada de Marco Civil da Internet, determina princípios, direitos e deveres e orienta a atuação da União, estados e municípios para o uso da internet no

Brasil. Os capítulos abordam a liberdade de expressão, a proteção de dados, o acesso e outras questões (Brasil, 2014), como a obrigação dos provedores de internet de retirarem de circulação conteúdos tidos como ilegais por meio de decisão judicial (Leite; Canto, 2019). Porém, a medida por si só não é suficiente para abarcar todas as questões trazidas pelas *fake news*.

Na 41ª Conferência Geral, realizada em 2021, a Unesco endossou os princípios da Declaração Windhoek+30, que afirmava que a informação é um bem público e estabeleceu três passos para garantir esse recurso para toda a humanidade: transparência das plataformas digitais, empoderamento dos cidadãos em literacia midiática e viabilidade de mídia. Para o órgão, a informação contribui para as pessoas exercerem seus direitos fundamentais, apoiam a igualdade de gênero e permite a participação e confiança em governanças democráticas e desenvolvimento sustentável (Unesco, 2023). No ano seguinte, a Conferência Mundial 2022 enfatizou a necessidade de uma regulação do setor digital para beneficiar a diversidade cultural online e o acesso justo aos conteúdos para todos (Unesco, 2022).

Em 2023, a Unesco publicou o documento *Safeguarding freedom of expression and access to information: guidelines for a multistakeholder approach in the context of regulating digital platforms* com uma série de orientações que objetivam garantir a liberdade de expressão, o acesso à informação e outros direitos humanos no contexto de desenvolvimento e implantação de processos de regulação das plataformas digitais. Desenvolvidas em parceria com diversos atores, as diretrizes visam assegurar que o espaço online seja usado para alcançar os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS)¹; encorajar e contribuir para a criação de espaços globais de debate e compartilhamento de boas práticas sobre regulação das plataformas digitais para proteger a liberdade e o acesso à informação; servir de ferramentas para as partes interessadas defenderem o respeito pelos direitos humanos; e outros (Unesco, 2023).

Para a instituição, a regulação das plataformas digitais deve ter um propósito legítimo e demonstrar que qualquer restrição de conteúdo é feita com base nas condições estabelecidas por leis internacionais sobre direitos humanos. O processo de regulação deve ser transparente e ancorado em evidências, permitindo a participação de atores relevantes. Um ponto importante tratado pela Unesco é que as plataformas devem explicar como seus sistemas e processos cumprem os termos de serviço e se são justas e consistentes com leis internacionais

1

<https://www.unicef.org/brazil/objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel#:~:text=Os%20ODS%20representam%20um%20plano,pac%C3%ADficas%20e%20inclusivas%20at%C3%A9%202030.>

de direitos humanos e que todos os atores compartilhem a responsabilidade por um ambiente digital seguro, especialmente com medidas para dar voz a mulheres, jovens, população LGBTQIA+, grupos indígenas, pessoas com deficiências e comunidades em situação de vulnerabilidade (Unesco, 2023).

O documento também frisa que os governos precisam providenciar medidas contra as violações dos direitos e outras pessoas impactadas e ações educativas sobre literacia midiática que incluam conteúdos como conhecimento sobre direitos de liberdade de expressão, privacidade, igualdade e conhecimento sobre reclamação e reparação, aproveitando a expertise da academia, sociedade civil etc. Outro ponto é que engenheiros, cientistas de dados e demais técnicos envolvidos na construção de serviços e produtos nas plataformas têm o papel de entender os direitos humanos e os riscos e impactos éticos do que está sendo desenvolvido. Já a mídia e organizações de checagem de fatos devem promover o direito ao acesso à informação (Unesco, 2023).

O papel das plataformas, para a Unesco, é criar espaços de escuta e engajamento, envolver usuários de diversas comunidades e informar as políticas e processos das plataformas. As diretrizes também englobam a necessidade de combater à violência de gênero na internet, medidas diante de emergências, conflitos e crises, direitos das crianças e muito mais. Outro aspecto é o fornecimento de dados não pessoais dos usuários para a realização de pesquisas sobre o impacto das plataformas digitais (Unesco, 2023).

Por fim, a entidade conclui que as plataformas propiciaram oportunidades para as pessoas se comunicarem, engajarem e aprenderem, democratizando espaços de comunicação e possibilitando que diversas vozes sejam ouvidas. Porém, os principais riscos das plataformas não foram levados em consideração anteriormente, segundo a Unesco, o que gradualmente desgastou esse potencial ao longo dos anos (Unesco, 2023).

No caso da área da saúde, Pinto e Carvalho reforçam que “aos governos são recomendadas medidas de regulação dos meios de comunicação e às autoridades sanitárias são atribuídas funções de disseminar informações confiáveis” (2023, p. 151). As autoras avaliam que a pandemia de Covid-19 foi um marco, já que o tratamento da questão foi ampliado, saindo apenas do âmbito da checagem de informações falsas para discussões como educação midiática, consumo da mídia e a produção de informações nas redes sociais. Outro ponto é a diversificação de agentes que combatem a desinformação.

Diante da preocupação pelo cenário de infodemia, a OMS estabeleceu passos necessários para o enfrentamento da questão: as intervenções e mensagens devem ter como base a ciência e devem chegar para as pessoas, para que tomem decisões sobre como se

proteger e proteger a comunidade; o conhecimento precisa ser traduzido em mensagens acessíveis a todos e com capacidade de provocar ações; os governos devem incluir representantes das comunidades na elaboração de mensagens e intervenções, para que seus anseios e necessidades de informação sejam sanados; estabelecimento de parcerias com setores de redes sociais e tecnologia, academia e sociedade; gestores de saúde necessitam garantir que as ações ajudem a compreender as narrativas que circulam e os fluxos de informação e desinformação; desenvolvimento de novas abordagens de gestão da infodemia para prevenir e mitigar os riscos (Tangcharoensathien *et al.*, 2020).

A pandemia também provocou debates éticos como direito à vida, à saúde e ao trabalho; valorização da ciência; direitos humanos e outros (de Matos, 2021). Estudos identificaram a confiança na ciência como importante para a adoção de medidas preventivas, como a vacinação contra a Covid-19 (Gozgor, 2021; Soares *et al.*, 2021). E a confiança do paciente no profissional de saúde também é um fator relevante para a adesão ao tratamento (Bending, 2015; Chandra, Mohammadnezhad, Ward, 2018; Mechanic, Schlesinger, 1996).

2.3.2. Ética profissional

Tratando-se de ética, os profissionais de saúde têm Códigos de Ética voltados para cada categoria. Como esta pesquisa é focada em uma residência multiprofissional, buscamos o que dizem esses documentos das categorias que fazem parte do programa, principalmente no que diz respeito à comunicação.

O Código de Ética dos profissionais de Educação Física traz pontos importantes, como a relevância da atividade de Educação Física para a promoção da saúde e da qualidade de vida, e a integração da atuação com outras categorias profissionais. Porém, não trata da comunicação especificamente (Confef, 2015). O de Enfermagem enfatiza que os profissionais atuam na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde e fazem parte de equipes de saúde para atender as necessidades da população, defender políticas públicas de saúde e ambientais voltadas para universalidade e integralidade da assistência e outros. Outro ponto destaque é que os profissionais podem se utilizar de veículos de comunicação para dar entrevistas e divulgar assuntos e eventos de interesse social e com finalidade educativa (Cofen, 2007).

O exercício profissional de farmacêuticos também tem em vista a promoção, prevenção e recuperação da saúde e o Código de Ética traz que os profissionais podem usar

as redes sociais para divulgar informações científicas baseadas em evidências para abordar o uso racional de medicamentos e temas de promoção de saúde e segurança do paciente, sem caráter promocional (CFF, 2022). Já no documento que rege a atuação dos fonoaudiólogos, está previsto que os profissionais criem canais de comunicação com a população e concedam entrevistas e palestras. Um dos destaques é o respeito à dignidade humana e aos direitos humanos, em observância à proteção dos direitos da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, da pessoa com deficiência e do direito de imagem, privacidade, honra e intimidade. (CFFa, 2021).

Fisioterapeutas também participam da promoção da saúde, prevenção, tratamento e recuperação da saúde e cuidados paliativos, buscando a qualidade de vida. De acordo com o Código de Ética, ao promover publicamente os serviços nos meios de comunicação, deve fazê-lo com exatidão e dignidade (Coffito, 2013). Os nutricionistas atuam nos cuidados referentes à alimentação e nutrição para a promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico nutricional e tratamento de agravos. Segundo o Código de Ética da profissão, é direito dos profissionais utilizar os meios de comunicação e divulgar sua qualificação profissional, técnicas, métodos, protocolos, diretrizes, benefícios de uma alimentação e dados de pesquisa. Também está descrito que é dever do profissional compartilhar informações sobre alimentação e nutrição nos meios de comunicação para promover saúde e educação alimentar e nutricional, de forma crítica e com respaldo técnico-científico (CFN, 2018).

Já o Código de Ética de Psicologia detalha que o profissional deve promover a saúde e a qualidade de vida, contribuindo para eliminar formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, além de contribuir para a universalização do acesso da população às informações, serviços e padrões éticos da profissão (CFP, 2005). O Código de Ética de Odontologia prevê que os profissionais, integrantes de equipes de saúde, realizem ações para atender as necessidades de saúde da população e da defesa de políticas públicas de saúde e ambientais para garantir a universalidade e integralidade da assistência à saúde. O profissional poderá utilizar-se de meios de comunicação para conceder entrevistas ou palestras sobre assuntos odontológicos, sem que haja autopromoção ou sensacionalismo (CFO, 2012).

Os assistentes sociais devem democratizar as informações como um dos mecanismos fundamentais para a participação social, de acordo com o Código de Ética. Outro ponto é divulgar para os usuários as informações coletadas nos estudos e pesquisas, para que possam utilizar no fortalecimento dos seus interesses (CFESS, 2011). Profissionais de Terapia Ocupacional também atuam na promoção, prevenção de agravos, tratamento, recuperação e

reabilitação da saúde e cuidados paliativos, bem como na diagnose, avaliação e acompanhamento do histórico ocupacional das pessoas. O código não aborda a comunicação no sentido de divulgar informações para a população (Coffito, 2013).

Essa consulta aos Códigos de Ética demonstrou que a comunicação não recebe destaque, já que alguns não tratam do tema e outros abordam apenas a divulgação de informações. Na pesquisa em que analisaram a percepção e a conduta autodeclarada de fonoaudiólogos sobre o compartilhamento de fotos de pacientes em redes sociais, Benedicto, Martinez e Jorge (2019) avaliam que os Conselhos Federal e Regionais de Fonoaudiologia e as universidades devem discutir a utilização de redes sociais, especialmente em relação aos seus riscos. A importância de ações educativas dos conselhos também é frisada na pesquisa de Fraga e Rocha (2018), que estudaram as estratégias de comunicação de nutricionistas no *Instagram*. Para as autoras, os profissionais devem ter um posicionamento responsável, acompanhando os preceitos da saúde pública e da ética, para que a população tenha informações científicas, e não apenas utilizar as redes sociais para a autopromoção.

A utilização das redes sociais por enfermeiros também já foi objeto de estudo e Barry e Hardiker (2012) concluíram que muitos profissionais as têm usado a favor da saúde da população. Faustino *et al* (2023) reconhecem que o bom uso das redes sociais, respeitando os limites éticos, viabilizam a difusão da ciência para a população e a aplicação para o cuidado em saúde. Os autores pensam que é preciso usar as redes a favor da sociedade e do bem comum e, ao fazer isso, construir uma relação de confiança com o público-alvo dos conteúdos.

Porém, nem todas as informações disponíveis na internet são facilmente compreendidas, além da quantidade massiva de conteúdos aos quais somos expostos. Bastos e Ferrari (2011) afirmam que os profissionais de saúde devem entender como os pacientes utilizam a *web* para sugerir *sites* confiáveis e também ajudar na avaliação da qualidade das informações. Sopeczik (2006) reforça que é importante saber se as pessoas têm acesso, se sabem utilizar e se têm interesse em obter informações de saúde dessa forma.

Esses estudos demonstram que os profissionais de saúde já têm utilizado diferentes meios de se comunicar com a população e que às vezes ultrapassam os limites físicos dos serviços de saúde. Desde que pautados pela ética, ainda que seus Códigos de Ética não entrem em detalhes sobre a comunicação, esses profissionais podem contribuir para a divulgação científica, a ampliação de debates sobre cuidados em saúde e a aproximação e o vínculo com a sociedade. Porém, é preciso ter em mente que a população têm acesso à saúde de distintas formas e isso precisa ser compreendido pelos profissionais.

2.4 O Sistema Único de Saúde (SUS)

Em linhas gerais, um sistema de saúde reúne instituições, empresas e profissionais que atuam para garantir a saúde das pessoas. No caso brasileiro, estabelecimentos e serviços de saúde públicos e privados, com fins lucrativos ou não, integram o sistema. Os serviços de saúde são essenciais, mas não são os únicos a realizar ações de promoção e proteção da saúde (Paim, 2009).

Antes da criação do SUS, a organização dos serviços de saúde no Brasil era bem diferente. Na República Velha (1889-1930), sobressaía a ideia de que o Estado só deveria intervir em situações em que a pessoa ou a iniciativa privada não fossem capazes de solucionar. Também não havia integração entre as partes que compunham a organização sanitária. Paim explica que o período registrava o crescimento das indústrias, mas as epidemias, como de febre amarela e de varíola, interferiram na economia agroexportadora, o que provocou a adoção de medidas sanitárias e a realização de campanhas. A partir de 1910, médicos, autoridades políticas e intelectuais lideraram um movimento pela organização sanitária que culminou na criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), na década seguinte (Paim, 2009). Como visto anteriormente, o DNSP incluiu propaganda e educação sanitária como parte das estratégias traçadas para fazer frente às epidemias e estabelecer a adoção de medidas higiênicas (Araújo e Cardoso, 2007). Porém, as ações se dirigiam apenas para doenças específicas ou para a vacinação contra a varíola, conforme explica Paim (2009).

O órgão responsável pela saúde pública estava vinculado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, já que não existia Ministério da Saúde. O período também registrou o surgimento de instituições científicas que realizavam pesquisa e contribuíram para a formação de uma comunidade científica e a criação de políticas de saúde. Após 1930, o DNSP foi transferido para o Ministério da Educação e Saúde. Apenas em 1953 foi criado o Ministério da Saúde, o que gerou a mudança de campanhas sanitárias para a criação de órgãos ou serviços responsáveis pela saúde da criança, fiscalização sanitária e por doenças como febre amarela, tuberculose e hanseníase, segundo o autor. No período, também foi criado o Serviço Especial de Saúde (Sesp), mediante convênio entre o Brasil e os Estados Unidos da América (EUA), que posteriormente se tornou uma fundação (Fsesp) (Paim, 2009).

Já no governo de Juscelino Kubitschek surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que na década de 60 deu lugar para a Superintendência de Campanhas (Sucam) (Paim 2009). Nota-se que as informações sobre questões de saúde chegavam à população por meio de campanhas, em um modelo de transmissão de conteúdos.

A condução da saúde pública no país não se integrava à medicina previdenciária - dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) - e nem à saúde do trabalhador. Havia uma separação entre prevenção, tratamento, assistência individual, atenção coletiva e reabilitação (Paim, 2009). O autor reforça que as enfermidades que acometiam a população também se modificaram. A prevalência de tuberculose, verminoses, Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e outras deu espaço para a chamada morbidade moderna, como doenças do coração e degenerativas, acidentes e violência. Houve uma queda na mortalidade e na natalidade, enquanto aumentou o envelhecimento.

O governo JK também registrou uma importante mudança: o desenvolvimento industrial impulsionou o setor farmacêutico e de equipamentos, o que acabou alavancando a assistência médico-hospitalar em vez da saúde pública. Isso se intensificou com a política de aquisição de serviços diagnósticos e terapêuticos no privado pela previdência social e pelo aparecimento da medicina de grupo em grandes empresas. Em 1964, a distribuição de verba federal para a saúde estava em 80% para a assistência médica individual e 20% para a saúde pública, o que representa o oposto do cenário no final da década de 40 (Paim, 2009).

O autor explica que a medicina de grupo pode ser definida por um tipo de empresa que prestava serviços para grandes corporações por meio do pagamento prévio. No início havia um estímulo do governo, dispensando parte das contribuições da previdência social. O modelo cresceu nos anos 1970 e, no mesmo período, o Brasil enfrentou uma crise sanitária, com epidemia de meningite, aumento da mortalidade infantil e o crescimento de acidentes de trabalho e no número de casos de enfermidades como Doença de Chagas, malária e tuberculose (Paim, 2009).

Em relação à medicina previdenciária, os vários IAPs existentes no país foram unificados na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Assim, somente trabalhadores inseridos no mercado formal e com carteira de trabalho assinada conseguiam assistência médica da previdência social, explica o autor. A medicina filantrópica também permanecia durante esse período, desde a instalação das Santas Casas de Misericórdia no século XVI. Até a Constituição de 1988, os serviços prestados para pacientes que eram vinculados à previdência social e assistidos nos hospitais filantrópicos eram pagos

pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), mediante os convênios (Paim, 2009).

Um estudo censurado pela Ditadura Militar durante a 5ª Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1975, apontava que o sistema de saúde brasileiro da época era “insuficiente; mal distribuído; descoordenado; inadequado; ineficiente; ineficaz” (Paim, 2009, p. 38-39). No mesmo ano, a lei 6.229 criou o Sistema Nacional de Saúde, o orçamento do Ministério da Saúde aumentou e programas para expandir a cobertura dos serviços de saúde na zona rural foram criados. O Sistema de Vigilância Epidemiológica foi organizado e programas de combate à doenças e de atenção a grupos prioritários foram implementados, detalha o autor.

Para se chegar à Reforma Sanitária que antecede a criação do SUS, um movimento social com segmentos populares, profissionais de saúde, estudantes, pesquisadores, instituições acadêmicas, comunidade científica e outros se organizaram para lutar pela estruturação dos serviços e a democratização da saúde (Paim, 2009). Para resumir, o autor define que o país viveu um tipo de assistencialismo exclusivo até a década de 1920, adotou o seguro social para os trabalhadores a partir dos anos 30 e, após a Constituição de 1988, buscou implementar a seguridade social. Porém, resquícios dos três modelos ainda estão presentes, sendo empecilhos para a consolidação da plena cidadania.

2.4.1. Direito à saúde

A ideia principal do SUS é que todos têm direito à saúde, como condição relacionada à cidadania. É a busca por uma sociedade democrática, igualitária e equânime, sem discriminações (Paim, 2009). No artigo 196, a Constituição de 1988 determina que a garantia da saúde para todos é um dever do Estado por meio de políticas sociais e econômicas que reduzem o risco de doença e outros agravos e possibilitam o acesso universal e igualitário aos serviços e ações de saúde (Brasil, 1988). Alguns exemplos de políticas sociais vêm da educação, da cultura, do lazer, da segurança pública e da assistência social, enquanto as políticas econômicas podem ser questões relacionadas à renda, emprego, ambiente, produção e distribuição de bens etc (Paim, 2009). O autor explica que agravos não são necessariamente a definição clássica de uma doença, mas sim quadros como acidentes, envenenamentos e outros.

No art. 198, a Carta Magna diz que o sistema de saúde é organizado seguindo as diretrizes de descentralização, atendimento integral e participação da comunidade (Brasil, 1988). Isso significa que o direito à saúde no país engloba a prevenção, o controle de riscos e a promoção da saúde (Paim, 2009). Para além da organização dos serviços, o SUS é constituído em formato de rede regionalizada e hierarquizada. O objetivo é promover a integração entre os serviços e a distribuição dos estabelecimentos de saúde nos territórios. Assim, os serviços básicos são mais descentralizados, enquanto os especializados estão mais concentrados (Paim, 2009).

Como o Brasil é um país de dimensão continental, os serviços de saúde precisam se adequar às distintas realidades econômicas, sociais e sanitárias encontradas nas regiões. Assim, as decisões referentes ao SUS são tomadas por municípios, estados e governo federal, frisa o autor. O atendimento integral, presente na Constituição, representa a promoção, proteção e recuperação da saúde. Paim (2009) explica que o sistema de saúde deve priorizar ações de prevenção, podendo ocorrer de forma individual, como a vacinação, ou coletivamente, por meio do controle sobre a qualidade da água, por exemplo. E sempre que se fizer necessário, o SUS precisa garantir uma assistência de qualidade e resolutiva.

Ao tratar da participação da comunidade, o autor lembra que a orientação para a democratização da saúde vem de órgãos internacionais, como a OMS, especialmente depois da Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata em 1978.

Esta diretriz busca assegurar o controle social sobre o SUS. Assim, a comunidade pode participar na identificação de problemas e no encaminhamento de soluções, bem como fiscalizar e avaliar as ações e os serviços públicos de saúde (Paim, 2009, p. 51).

A declaração gerada na Conferência de Alma-Ata explicita que é direito e dever das pessoas a participação individual e coletiva no planejamento e na realização dos seus próprios cuidados de saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978). Oliveira (2000) destaca que, como política pública, o SUS precisa de distintas modalidades e fluxos comunicacionais para sua implementação, gestão e controle social. Para o autor, o sistema de saúde enfrenta dificuldades

[...] relativas ao gerar e gerir informações e processos comunicacionais relevantes para a população, permitindo a ela melhor entendê-lo e apreendê-lo enquanto uma política pública voltada para seus interesses e demandas (2000, p. 75).

O que vemos é que a participação das pessoas nas ações de saúde ainda não é fomentada de forma efetiva pelas instituições. Este é um dos pontos levantados por pesquisas de Comunicação e Saúde, que vêem a participação social como um dos caminhos para uma saúde mais democrática, cidadã e inclusiva. Por isso a importância de uma formação que entenda a comunicação para além de simples ferramenta na mão dos profissionais de saúde.

Para além dos capítulos na Carta Magna, foi necessária a criação da Lei Orgânica da Saúde (lei 8.080/90), complementada pela lei 8.142/90, para a organização dos serviços e determinar as condições de promoção, proteção e recuperação da saúde. Por definição, o SUS é constituído pelo

[...] conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público (Brasil, 1990).

Logo no segundo artigo, o texto determina que a saúde é um direito fundamental e que é dever do Estado prover as condições para isso, enquanto o inciso 2 reforça que o dever do Estado não elimina o dever também da sociedade (Brasil, 1990). Paim analisa, a partir do que preconiza a Lei Orgânica da Saúde, que

[...] se pretendemos melhorar a saúde da população, temos de atuar especialmente sobre os determinantes vinculados às condições de vida [...] precisamos interferir na estrutura econômica e política do Brasil (2009, p. 53).

O autor compreende então o direito à saúde como o “direito ao estado vital saudável (estado de saúde) e o direito às ações e serviços de saúde” (Paim, 2009, p. 115). Assim, para sua garantia é necessário o acesso universal e igualitário aos serviços e um estado de saúde advindo de uma vida saudável.

2.5. ICEPi

O ICEPi, vinculado à Sesa, foi criado em 2019, com o objetivo de fortalecer o SUS no Espírito Santo por meio de políticas e ações (ICEPi, 2022). Algumas das áreas de atuação são a formação, a educação permanente, a integração entre ensino, serviço e comunidade, a pesquisa científica, a inovação, a tecnologia da informação e a comunicação para a saúde. Já algumas das finalidades dizem respeito ao fortalecimento das capacidades operacional e tecnológica da Sesa e das Secretarias Municipais de Saúde; o desenvolvimento de programas de formação profissional, de residências médicas e multiprofissionais e de cursos de pós-graduação; a organização dos campos de prática e a promoção da inovação científica e tecnológica na saúde (Espírito Santo, 2019).

Constituído como uma Instituição de Ciência e Tecnologia (ICT) e uma Escola de Saúde Pública, o órgão cumpre uma diretriz da Emenda Constitucional nº 85/2015 (ICEPi, 2022), que determina o dever do Estado na promoção e incentivo do desenvolvimento científico, da capacitação científica e tecnológica e da inovação. A emenda também inseriu na Constituição Federal de 1988 a obrigatoriedade do Estado em priorizar a pesquisa científica e tecnológica e o apoio na formação de pessoas nas áreas de ciência, tecnologia e inovação (Brasil, 2015). Assim, um dos principais objetivos do instituto é o desenvolvimento do ecossistema de inovação envolvendo Estado, municípios, setor produtivo e instituições acadêmicas e a formação de profissionais de saúde (ICEPi, 2022).

As atividades do ICEPi também são norteadas pela lei nº 10.973, que trata dos incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica em ambientes produtivos. O texto determina que as atividades científicas e tecnológicas devem ser promovidas para o desenvolvimento social e econômico, reduzindo desigualdades regionais e promovendo a cooperação entre entes públicos e privados (Brasil, 2004).

2.5. 1. Residências

O Ministério da Saúde coordena programas, ações e políticas públicas referentes às Residências em Saúde, podendo ser Médicas ou em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional). Alguns exemplos são o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas (Pró-Residência Médica), o Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional da Saúde (Pró-Residência em Área Profissional da Saúde) e o Plano Nacional de Fortalecimento das Residências em Saúde (Brasil, 2020; Brasil, 2021).

A Residência Médica foi instituída pela lei n.º 6.932, de 7 de julho de 1981, como uma pós-graduação para médicos, por meio de uma especialização que contém treinamento em serviço sob orientação de profissionais da mesma categoria (Brasil, 1981). Já a Residência em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional), é estabelecida pela lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, voltada aos profissionais de saúde, exceto médicos (Brasil, 2020). Assim, podem integrar os programas profissionais das áreas: Biomedicina, Ciências Biológicas, Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina Veterinária, Nutrição, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Saúde Coletiva e Física Médica (Brasil, 2023).

No Espírito Santo, o instituto possui o Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Qualifica-APS), criado para qualificar e aumentar a resolutividade da Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da parceria entre o Estado e os municípios capixabas. São três frentes de atuação: o Provimento e Fixação de Profissionais, as Residências em Saúde e o Apoio Institucional (ICEPi, 2022).

As residências do ICEPi começaram as atividades em março de 2020, um ano após a criação do instituto. Um dos objetivos é promover a qualidade e integralidade de ações em saúde ofertadas aos usuários do SUS por meio da formação de especialistas. Os programas configuram-se como pós-graduação Lato Sensu, com duração mínima de dois anos e carga horária semanal de 60 horas, de acordo com as regras definidas pela Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM) e pela Comissão Nacional de Residência Multiprofissional em Saúde (CNRMS). A formação segue uma visão humanista, reflexiva e crítica, qualificando os residentes para o exercício na especialidade escolhida, pautados em princípios éticos e com o conhecimento dos diferentes cenários da rede de saúde, segundo o próprio ICEPi. A proposta pedagógica é baseada na educação permanente em saúde, compreendendo que é uma prática transformadora que estimula a construção de consciência crítica e de raciocínio reflexivo para transformar a realidade por meio colaboração e de corresponsabilização pela saúde da população (ICEPi, 2022).

Atualmente, o instituto tem 17 Programas de Residências em Saúde. As médicas são em Acupuntura; Clínica Médica; Medicina de Família e Comunidade; Medicina Intensiva; Neurocirurgia; Psiquiatria - Região Metropolitana; Psiquiatria - Região Sul; Neurologia e Cirurgia Vascular. Já as multiprofissionais são em Cuidados Paliativos; Saúde Coletiva; Saúde da Família; Saúde Mental; Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; Atenção em Terapia Intensiva; Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência; Cirurgia e

Traumatologia Bucomaxilofacial e Enfermagem Obstétrica (ICEPi, 2022; ICEPi, 2024; ICEPi 2024b).

O instituto tem o processo com 80% da carga horária dedicada para atividades práticas e 20% para a abordagem de temas como a competência do cuidado, da gestão, da investigação e da educação em saúde. Assim, os residentes desenvolvem iniciativas e incrementam as rotinas dos serviços de saúde, incentivando os cuidados compartilhados e a integração entre os profissionais e a comunidade. A reflexão sobre a atuação nos serviços e a aprendizagem é fomentada pela interação dos residentes com tutores, preceptores e supervisores. Há espaço para distintas perspectivas e a responsabilidade e o comprometimento são compartilhados para potencializar os residentes como agentes transformadores (ICEPI, 2022).

Segundo dados do ICEPi, são 331 residentes, de 12 categorias profissionais, matriculados nas residências. Os profissionais estão em cenários de prática de 15 municípios do Espírito Santo, contemplando todas as regiões do estado. Alguns dos cenários de prática são hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBS), Centros Regionais de Especialidades (CREs), Centros de Atenção Psicossociais (Caps), entre outros. Ao todo, 338 profissionais já tornaram-se especialistas, por meio do Instituto (ICEPi, 2023; ICEPi, 2023b; ICEPi, 2023c).

2.5.1.1. Residência Multiprofissional em Saúde da Família

Dentre as Residências Multiprofissionais do instituto, a maior no número de oferta de vagas é a em Saúde da Família. São 60 vagas anualmente para profissionais graduados nos cursos de Educação Física, Enfermagem, Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Psicologia, Odontologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. Os campos de prática estão nos municípios de Aracruz, Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória, na Região Metropolitana de Saúde, e em Colatina e Pancas, na Região Central/Norte de Saúde. A oferta descentralizada prioriza áreas estratégicas com maior necessidade de formação e assistência em saúde e atende regiões menos favorecidas em serviços de saúde (ICEPi, 2022).

O principal objetivo da residência em Saúde da Família, de acordo com o ICEPi, é formar profissionais para provocarem as mudanças necessárias na organização do cuidado à saúde para promover uma melhoria na saúde e qualidade de vida das pessoas a partir dos princípios da Atenção Básica e da Estratégia Saúde da Família (ESF). A expectativa é que os egressos estejam preparados para coordenar práticas de saúde integrais que compreendem e

intervém no território de atuação da ESF; trabalhar em equipe de forma cooperativa e interdisciplinar e ética, de acordo com as necessidades e aspectos socioculturais da comunidade; aperfeiçoar os conhecimentos e as habilidades técnicas específicas de cada categoria profissional e dos que são comuns a todas para atuação na ESF na perspectiva da promoção da saúde (ICEPi, 2022).

Entre as atividades, estão atendimentos individuais ou em grupo, atividades coletivas, ações educativas em escolas, discussões de casos e elaboração de plano de cuidado, uso de Práticas Integrativas Complementares (PICs) - aromaterapia, auriculoterapia e musicoterapia, por exemplo - construção de projetos terapêuticos e intervenções nos territórios de atuação, chamadas de Projetos Aplicativos. Também organizam atividades físicas ao ar livre em territórios de vulnerabilidade social, ocupam espaços na comunidade e organizam grupos como de saúde mental, mulheres, gestantes, idosos e adolescentes, dentro e fora das UBS (ICEPi, 2022; ICEPi, 2023).

A assistência na Atenção Primária representa o primeiro contato das pessoas e da comunidade com o sistema de saúde. Os cuidados primários, segundo a Declaração de Alma-Ata, “são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência” (1978, p. 1-2). São cuidados que consideram os principais problemas de saúde da comunidade, por isso contam com serviços de proteção, prevenção, cura e reabilitação. Também incluem a educação referente a esses temas e requerem a participação popular no planejamento e na realização das ações.

Nesse contexto entra ainda a promoção de saúde, que compreende a saúde não como ausência de doença, mas dependente de um conjunto de fatores socioculturais, econômicos e políticos, como acesso à educação, condições de alimentação e moradia, o meio ambiente, a renda e outros (Bueno, 2007). A participação popular também é um aspecto da promoção da saúde, que considera a atuação das pessoas e de grupos nas ações relacionadas à própria saúde (Rocha e Padilha, 2016).

Educomunicação e Educação Permanente em Saúde

A Educomunicação se configura pela criação e fortalecimento de ecossistemas democráticos de comunicação nos espaços educativos, por meio de uma gestão compartilhada e solidária de recursos - comunicação, linguagens e tecnologias - para dar protagonismo aos

indivíduos e promover o direito a se expressar (Soares, 2017; Soares, 2003). É um novo paradigma discursivo vivenciado “na prática dos atores sociais por meio de áreas concretas de intervenção social” (Soares, Machado, 2016, p. 7), mais eficiente, democrático e capaz de formar cidadania (Soares, 1993). Na prática educomunicativa, a mensagem recebe significado de forma crítica a partir das experiências e crenças de quem a recebe (Soares, 1993). Para Consani,

a educomunicação assume a sua vocação interdisciplinar e crítica como um posicionamento ativista e politizado que a caracteriza e diferencia de outras correntes pedagógico-didáticas (2024, p. 112).

O precursor dessa interface entre comunicação e educação é Paulo Freire, que deixou contribuições atemporais para a América Latina (Jackiw, Haracemiv, 2021). Para Freire, o conceito de educação está conectado à comunicação, já que os seres humanos se relacionam e é na utilização da comunicação que agem e transformam o mundo (Freire, 1982, 1996). O autor enfatiza que um ato comunicativo eficiente requer que os sujeitos sejam “reciprocamente comunicantes”, que os envolvidos se compreendam por meio do mesmo sistema de signos linguísticos (Freire, 1982).

[...] as concepções e práticas educomunicativas são fundamentadas diretamente nos ideais freireanos de educação popular, uma vez que produz e reflete sobre as mídias a partir de interesses e de temas comunicativos, em busca da transformação social (Jackiw, Haracemiv, 2021).

O pensamento de Freire serviu ainda de inspiração para pesquisadores latino-americanos como Mário Kaplún e Juan Díaz Bordenave, que aproximaram os campos da educação, comunicação e cultura (Romanini, Forni, 2023). Consani (2024) reforça que nós nos educamos o tempo inteiro e isso está associado ao ato de comunicar e, para Kaplún, os meios de comunicação são instrumentos de educação popular, pois são importantes para que a realidade seja conhecida e para que haja participação coletiva de forma crítica (Woitowicz, Miani, 2013).

No Brasil, o principal autor da educomunicação é Ismar Soares, que utiliza o conceito de ecossistema comunicativo (Romanini, Forni, 2023). Gottlieb (2010) complementa que esse ecossistema representa teias de relações em territórios ou espaços educativos - que podem ser presenciais ou virtuais - de forma inclusiva, democrática e criativa para permitir a

integração entre os envolvidos. Já Orozco (2014) lembra que a cidadania comunicativa parte da concepção da educação como uma preciosidade da formação humana e democrática.

Porém, muitos anos antes da definição do conceito de educomunicação, iniciativas já iam ao encontro da utilização da comunicação em espaços educativos, como veremos a seguir.

3.1 Contexto histórico da Educomunicação

Na década de 1930, destaca-se o incentivo oferecido pelo Papa Pio XI para a produção e exibição cinematográfica, já que passou a exigir que escolas e paróquias católicas tivessem um espaço para que filmes fossem assistidos (Soares, 1988b). Soares explica que isso propiciou um aumento do cineclubismo como leitura crítica em todo o mundo. Porém, a contribuição da igreja tratou-se de uma abordagem de educação midiática com uma vertente moral (Soares, 2013). Em 1970, a Igreja mudou a perspectiva sobre a comunicação social e propôs um programa construtivista e colaborativo aos colégios católicos estimulando que os estudantes se educassem em suas relações com os meios de comunicação (Soares, 1988b).

Também a partir de 1930, a British Film Institute (BFI), na Inglaterra, patrocinou um projeto de análise de filmes que deu início a um ciclo de análise do cinema como interesse para a educação. Depois, os estudos culturais, especialmente após a publicação do livro *The long revolution*, em 1965, por Raymond Williams, partiram da concepção de que a cultura é um processo sócio-histórico criador de sentidos (Soares, 2013).

Soares (2013) explica que, na América Latina, a leitura crítica dos meios foi difundida na década de 70 em função da contribuição pedagógica de Paulo Freire, a partir da ação de educadores interessados na promoção de consciência crítica das audiências sobre produtos culturais vindos do Hemisfério Norte. Assim, os programas de educação foram originados em bairros, subúrbios e comunidades camponesas.

Também na Inglaterra, um importante movimento surge a partir das pesquisas de Len Masterman, que acredita na educação continuada para promover uma autonomia crítica para além do espaço de sala de aula. O pesquisador se embasou em Paulo Freire ao destacar a importância da reflexão e do diálogo (Soares, 2013).

Em 1982, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (Unesco) publicou a primeira declaração que reconhece a importância de sistemas educacionais e políticos na promoção de uma compreensão crítica da população sobre fenômenos comunicativos. Trata-se da Declaração de Grunwald sobre a Educação para a

Mídia, aprovada durante o Simpósio Internacional de Educação em Mídia, em Grunwald, na Alemanha (Unesco, 1982).

Na década de 1990, a análise dos meios de comunicação nos Estados Unidos se deu por um paradigma de exploração, análise e produção de mensagens, principalmente pela popularização do vídeo e pela internet (Soares, 2013). Foi um momento de fortalecimento do estudo da mídia, em que especialistas reuniram-se no Aspen Institute, no Colorado, e definiram a *media literacy* como a habilidade de acessar, analisar, avaliar e comunicar as mensagens de diversas formas (Hobbs, 1997). De acordo com Soares (2013), o movimento de leitura crítica nos Estados Unidos envolve também empresários da comunicação, além de educadores e instituições não governamentais. Iniciativas foram patrocinadas por *The New York Times*, *Cable News Network (CNN)*, *Discovery Channel*, *Disney Learning Partnership* e a *Viacom International Inc* (responsável pelo canal infantil *Nickelodeon*). Para além da leitura crítica da mídia, uma nova tendência a partir dos anos 2000 começou a pensar as relações de comunicação entre os indivíduos.

Ainda na América Latina, os pesquisadores Jesús Martin-Barbero e Néstor Canclini trabalharam os fundamentos dos estudos culturais e contribuíram na sustentação teórica ao conceito de educomunicação ao final dos anos 90. No mesmo período, uma importante pesquisa do Núcleo de Comunicação e Educação (NCE), da Universidade de São Paulo (USP), feita entre 1997 e 1999, demonstrou que o movimento popular por uma educação para a comunicação resultava de uma opção teórico-metodológica distante de perspectivas tecnicistas e conteudistas, típicas dos modelos tradicionais de educação e comunicação. Portanto, o novo paradigma da interface entre comunicação e educação emergia de um agir coletivo focado na cidadania e não na lógica do mercado. Busca-se garantir o acesso aos meios e a gestão na produção e difusão da comunicação tendo em vista os interesses do grupo. Ao concluir a pesquisa, a USP passou a utilizar o conceito de educomunicação (Soares, 2013). Para Soares,

O conjunto de práticas hoje reconhecidas sob o signo da educomunicação representou o esforço de romper as barreiras que dificultavam o diálogo social mediante o exercício concreto de se ampliar, coletivamente, os espaços da expressividade humana (Soares, 2013, p. 188).

A chamada “pesquisa fundante” delineou quatro principais áreas de intervenção, mas outros focos de atuação se desenvolveram à medida que educadores ampliaram suas

ações (Consani, 2024). As quatro principais áreas são, conforme Soares (1999): educação para a comunicação, mediação tecnológica na educação, gestão comunicativa e reflexão epistemológica sobre a inter-relação comunicação e educação.

Ainda que as novas gerações estejam imersas em tecnologias, Consani (2024) alerta que

[...] a interpretação crítica de padrões culturais não são habilidades inatas. Por essa razão, a mediação educacional ainda será sempre necessária para evidenciar a intencionalidade ideológica presente nos discursos midiáticos (2024, p. 76).

Pesquisadores compreendem que cabe à educomunicação formar para a leitura crítica das mensagens e também o uso de ferramentas e recursos para possibilitar a expressão e criatividade das pessoas como condição para o exercício da cidadania (Belloni, Bévort, 2009; Romão, 2016). O mais importante não é a ferramenta utilizada, mas o tipo de mediação que pode viabilizar os diálogos educativos e sociais (Romão, 2016). O diálogo é uma das características da educomunicação, assim como a gestão democrática dos processos, construções coletivas e a participação dos integrantes de uma iniciativa (Romão, 2016; Ismar, 2014).

3.2 Na prática

A educomunicação tem se apresentado em diferentes frentes, como gestão de processos e recursos da comunicação em espaços educativos; expressão comunicativa com o protagonismo dos sujeitos na produção e disseminação de significados; educação para a comunicação; mediação tecnológica nos espaços educativos; e a reflexão epistemológica (Soares, 2013).

É um campo que tem sido utilizado em pesquisas na área da saúde, à medida que crescem as ações que promovem a interface entre saúde, comunicação e educação (Consani, Morais, 2016). Para Consani (2024), a educomunicação é justificada pela necessidade de transformar a informação em conhecimento válido, já que a abundância de informações não garante equidade social e cidadania.

Um dos exemplos da presença da Educomunicação na saúde é demonstrado na pesquisa de Machado e Lacerda (2014) sobre práticas educacionais na capacitação de adolescentes e jovens de um bairro de Natal, no Rio Grande do Norte. Para os autores, a Educomunicação produz aprendizados sobre a mídia, reunindo temas importantes, como a

prevenção de doenças, por exemplo, e possibilitando a participação das pessoas. No estudo realizado, os pesquisadores puderam apontar que

[...] educação, comunicação e saúde atuam numa interdisciplinaridade em prol da construção da cidadania dos jovens e na formação destes para que possam conhecer seus direitos, conquistar outros e ajudar seus pares multiplicando conhecimento (Machado, Lacerda, 2014, p. 148).

Outra iniciativa de educomunicação na saúde é trazida por Consani (2024) no livro “Educomunicação: o que é e como fazer”, chamada Educom.Saúde. O autor avalia que é um dos projetos mais relevantes no campo das políticas públicas, desenvolvido em função de uma demanda de saúde pública e demonstrando que a abordagem educacional já foi muito além dos campos da educação e da comunicação. No começo, tratava-se de oficinas presenciais de formação para agentes de saúde sobre dengue, zica vírus e febre chikungunya. A primeira edição do curso aconteceu em 2019 e 2020, fruto da parceria entre a Secretaria de Estado da Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), Associação Brasileira de Pesquisadores e Profissionais em Educomunicação (ABPEducom) e grupo de profissionais do NCE/USP. Em função da pandemia de Covid-19, a formação passou a ser feita totalmente on-line a partir de 2020. A última edição aconteceu dois anos depois. De acordo com Consani (2024), o legado deixado pelo projeto foi a produção de materiais, eventos de formação e equipes organizando redes de comunicação nos territórios.

A página do projeto no site da SES-SP descreve que a formação possibilitava o aprimoramento dos processos de trabalho a partir da reflexão dos mesmos e da incorporação de conceitos da educomunicação e de recursos digitais de comunicação nas práticas de educação em saúde. Além disso, promovia uma visão crítica e emancipatória sobre a saúde em contextos locais. O conteúdo abordado em 2022 foi: referenciais teóricos da Educomunicação nos contextos de epidemias e pandemias; linguagens da Educomunicação e desenho de um plano de ação educacional para os municípios do estado de São Paulo (SES-SP, 2022).

Em 2017, a Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens (CGSAJ), do Ministério da Saúde, realizou o evento Juventudes e Saúde, em Brasília, com a presença de jovens de diferentes regiões do Brasil para discutir saúde sexual, saúde reprodutiva, álcool e outras drogas. Os participantes foram convidados por conta de atuarem em coletivos e movimentos sociais de diferenças étnico-raciais, religiosas, de gênero e orientação sexual. Na

ocasião, surgiram questionamentos sobre como as campanhas e ações de saúde estão enraizadas numa perspectiva adulta, personificada em um especialista que fala para jovens em uma linguagem técnica que não representa a realidade e não leva em conta as singularidades dos contextos que os jovens vivem, o que diminui a eficácia das ações (Nishizima e Araújo 2020).

As autoras contam que, após o encontro, foram mantidas conversas com alguns dos jovens presentes para que participassem de um projeto de produção de conteúdo multimídia sobre juventudes, direitos sexuais e direitos reprodutivos, como ação prevista pelo Ministério da Saúde no Plano Plurianual da União de 2016 a 2019. Foi criado o DiverSUS, com objetivo de produzir cinco narrativas em linguagens de texto, foto, vídeo e ilustração, podcasts e artes para redes sociais com quatro jovens de coletivos de direitos humanos e comunicação de Brasília, no Distrito Federal, e Curitiba, no Paraná.

A educomunicação foi utilizada no processo de apropriação de tecnologias para que o conteúdo fosse produzido, exercendo o direito à comunicação. De acordo com Nishizima e Araújo (2020, p. 294), a proposta do projeto foi “contar as histórias de ‘outras (os), muitas vezes invisíveis, para mover perspectivas sobre direitos sexuais e direitos reprodutivos”. As produções foram divulgadas nos canais de comunicação do Ministério da Saúde e do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) (Nishizima e Araújo, 2020), agência da ONU com trabalho voltado para igualdade de gênero, saúde sexual e reprodutiva. (UNFPA Brasil, 2000).

Cada narrativa foi produzida em um local diferente para retratar grupos de jovens com identidade ou situação distinta. O processo envolvia rodas de conversa entre os envolvidos no projeto para abordar saúde sexual e reprodutiva, a partir das experiências do grupo. Os podcasts, por exemplo, traziam temas como educomunicação como estratégia de educação entre pares na saúde; saúde da juventude LGBTQIAP+; jovens negras, saúde e violência; planejamento reprodutivo e masculinidade; saúde sexual e reprodutiva masculina. O Ministério custeava as viagens, enquanto o UNFPA remunerava os jovens do DiverSUS (Nishizima e Araújo, 2020).

A produção de conteúdo multimídia sobre grupos historicamente marginalizados é uma forma de reconhecer essas pessoas enquanto sujeitos dignos de cuidado e trazer à tona questões específicas a serem respeitadas para garantir seu direito de acesso aos serviços de saúde pública (Nishizima e Araújo, 2020, p. 300)

As autoras defendem que o projeto foi desenvolvido com princípios educacionais e que proporcionou a execução de um trabalho conjunto entre a gestão pública e jovens, demonstrando que essa interação é importante para tensionar as políticas públicas a respeito do acesso equânime aos serviços de saúde disponíveis no SUS.

Outro exemplo da utilização da educação vem do Governo Federal. Em 2023, a Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República (Secom/PR) lançou a Estratégia Brasileira de Educação Midiática (Ebem), que reúne iniciativas do Governo Federal para promover a educação para as mídias da população brasileira. O documento foi construído a partir de uma consulta pública e tendo sido divulgado na 1ª Semana Brasileira de Educação Midiática. Algumas das ações desenvolvidas foram a Coletânea Brasileira de Educação Midiática, que oferta cursos autoinstrucionais gratuitos sobre o tema no Ambiente Virtual de Aprendizagem do Ministério da Educação (AVAMEC); a inclusão da educação midiática nos editais do Programa Nacional do Livro Didático (PNLD); a criação da Olimpíada Brasileira de Educação Midiática e do Repositório de Educação Digital e Midiática para Pessoas Idosas e a realização anual da Semana Brasileira de Educação Midiática (Brasil, 2023).

A Ebem afirma que a educação para as mídias não se volta apenas para a recepção e análise crítica da informação, já que os usuários são produtores e compartilham conteúdos. Sua importância se dá pelo potencial de promover inclusão social e diversidade, demonstrada na produção e circulação de conteúdos advindas de grupos marginalizados (Brasil, 2023). Paulo Freire (1999) reforça que existe a necessidade de uma atitude crítica de forma permanente, assim as pessoas poderão integrar-se e não apenas se ajustar ou acomodar.

Referência em comunicação comunitária, Peruzzo (2013) destaca que os indivíduos que participam de ações voltadas para suas próprias necessidades são imersos em um processo educacional que contribui para a formação da cidadania. Paulo Freire (1987) já alertava para a importância de respeitar a visão do mundo que as pessoas têm ao realizar uma ação educativa ou política, pois o contrário representa uma espécie de invasão cultural, mesmo com boas intenções.

Nishizima e Araújo (2020) reforçam que a educação precisa ser adotada como estratégia transversal em ações na área da saúde, para potencializar políticas públicas ao longo prazo. Para iniciar um projeto educacional, Consani (2024) destaca que é preciso avaliar se há condições para as transformações propostas e se os indivíduos (inclusive gestores) estão comprometidos com a iniciativa, levando em consideração o “*modus comunicandi*” da comunidade. Segundo o autor, o projeto pode ser uma assessoria

comunicativa com ações voltadas para uma demanda específica; dinâmicas comunicacionais para integrar, gerar reflexão e mobilizar visando transformar relações interpessoais e institucionais; intervenção didática ou pedagógica de forma pontual e a combinação destas opções. O modelo esquemático apresentado por Consani (2024) apresenta o título do projeto, a concepção (finalidade e escopo do que se pretende fazer), justificativa, objetivos, metas, desenvolvimento (atividades, cronograma e organograma), recursos necessários e registro e avaliação. O autor lembra que é preciso pactuar os objetivos e como se dará o processo pedagógico, colocando os envolvidos como protagonistas e promovendo a ressignificação de conhecimentos. “Num mundo e num país marcado por contradições e injustiças, a ideia de transformação é muito mais razoável do que lutar para manter as coisas como estão”, reforça Consani (2024, p. 83).

O foco nas necessidades da população também é um ponto amplamente discutido por profissionais de saúde, que enxergam a formação e a educação permanente como pontos-chave dentro do modelo de atenção à saúde e de gestão do SUS (Brasil, 2006).

3. 3. Educação Permanente em Saúde

A formação de profissionais de saúde é uma das competências do SUS e a institucionalização da política de educação na saúde foi possível por meio da criação da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES), no Ministério da Saúde, em 2003 (Brasil, 2009). A educação permanente, portanto, se mostra uma

[...] vertente educacional com potencialidades ligadas a mecanismos e temas que possibilitam gerar reflexão sobre o processo de trabalho, autogestão, mudança institucional e transformação das práticas em serviço (Brasil, 2009, p. 10).

As discussões sobre o tema iniciaram-se na América Latina a partir da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) nos anos de 1970, visando aos processos de trabalho, à valorização das vivências e práticas dos indivíduos e uma reestruturação dos processos educacionais em saúde, focando na aprendizagem no trabalho. O Brasil, influenciado pelas discussões provocadas pela Opas, teve o tema como destaque na Reforma Sanitária (Campos, Sena, Silva, 2017). A crítica era ao modelo hegemônico da educação, que se apresentava em cursos pontuais para capacitar uma categoria profissional específica, realizados fora do trabalho e utilizando-se de métodos de transmissão de conteúdo (Cardoso, Costa, Costa *et. al*,

2017). Conforme a explicação de Ribeiro e Motta (1996), quando os profissionais retornavam aos serviços após a realização de cursos, encontravam realidades as quais não era possível aplicar o conhecimento aprendido.

Em 1986, em Brasília, foi realizada a I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde, que trouxe em seu relatório final o conceito de educação continuada como “processo organizado, permanente, sistemático, direcionado a clientela institucionais, com uma política de saúde definida tendo em vista a real necessidade dos usuários” (Brasil, 1986, p. 28). De acordo com o documento, o tema vem da necessidade de atualizar conceitos, mas não deve ser vista como uma forma de suprir as lacunas de conhecimento durante a graduação dos profissionais de saúde (Brasil, 1986). O evento foi considerado importante para consolidar as análises do tema até aquele momento e para propor para a Reforma Sanitária uma agenda referente ao desenvolvimento de recursos humanos para a saúde como condição para a implementação do SUS. Assim, o relatório representou um ponto de partida para pesquisas na área (Brasil, 1994).

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde foi realizada em 1993 e propôs a criação e sistematização de programas de educação continuada de forma descentralizada, assegurando a liberação dos trabalhos de nível médio e superior, a partir de critérios definidos pelos Conselhos de Saúde para promover a atualização técnica dos profissionais, a administração dos serviços de saúde e a melhora no atendimento aos usuários (Brasil, 1994). A educação continuada também é citada no relatório final da 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada três anos depois, o qual enfatiza que o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem realizar programas permanentes de formação para “viabilizar um atendimento de boa qualidade técnica, humanizado e ágil, com os trabalhadores prestando continuamente informações adequadas e qualificadas” (Brasil, 1998, p. 66). De acordo com o relatório, os gestores do SUS devem exercer o planejamento das capacitações de forma participativa e hierarquizada, articulando com segmentos sociais. O documento traz ainda exemplos de conteúdos, como a legislação e implantação do SUS; o diagnóstico e a atenção integral à saúde às vítimas de violência; o uso de sistemas informatizados; o acolhimento e tratamento de pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV); a atuação em zonas rurais e indígenas e outros (Brasil, 1998).

Em 2004 foi criada a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS), por meio da Portaria GM/MS nº 198/2004, como estratégia do SUS para a formação e desenvolvimento de trabalhadores. A portaria descreve que a condução da PNEPS seria efetivada por um Colegiado de Gestão constituído como Polo de Educação Permanente em

Saúde para o SUS. Poderiam formar os polos os gestores estaduais e municipais de saúde e de educação; instituições de ensino com cursos na área da saúde; escolas técnicas, escolas de saúde pública e demais instituições formadoras vinculadas às secretarias estaduais ou municipais de saúde; núcleos de saúde coletiva; serviços de saúde; estudantes e trabalhadores da saúde; conselhos municipais ou estaduais de saúde e movimentos sociais voltados à gestão das políticas públicas de saúde. Os objetivos eram identificar necessidades de formação dos profissionais de saúde e construir estratégias para qualificar a atenção e a gestão em saúde, fortalecendo o controle social para gerar um impacto positivo na saúde individual e coletiva; propor políticas interinstitucionais e intersetoriais de acordo com as necessidades de formação e seguindo os princípios e diretrizes do SUS (Brasil, 2004).

Já as diretrizes para a implementação da PNEPS foram publicadas na Portaria GM/MS nº 1.996/2007, que destaca que a política deve considerar as especificidades regionais, a superação das desigualdades, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho na saúde e a capacidade existente da oferta institucional de ações de educação na saúde (Brasil, 2007). A educação na saúde é definida, segundo o glossário eletrônico da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), como a

[...] produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular (Brasil, 2012, p. 20).

Outro ponto é que a condução da política ficaria a cargo dos Colegiados de Gestão Regional, com a participação das Comissões Permanentes de Integração Ensino-Serviço (Cies), compostas por gestores de saúde e de educação municipais e estaduais, trabalhadores do SUS e/ou de entidades representantes, instituições de ensino com cursos na área da saúde e movimentos sociais ligados à gestão das políticas públicas de saúde e do controle social no SUS (Brasil, 2007).

As diretrizes foram revogadas pela Portaria de Consolidação nº 2/2017 em adequação à implantação do Pacto pela Saúde, que reformulou marcos regulatórios do SUS, incluindo o que diz respeito ao financiamento das ações de educação permanente em saúde. A proposta presente na PNEPS compreende a regionalização da gestão do SUS como fundamental para o desenvolvimento de ações que enfrentem as necessidades do sistema (Brasil, 2018). Assim, pela definição do Ministério da Saúde, a educação permanente é a aprendizagem no trabalho, com possibilidade de mudar as práticas profissionais (Brasil, 2007). É ainda uma estratégia

político-pedagógica que incorpora ensino, atenção à saúde, gestão, participação e controle social no cotidiano do trabalho para promover mudanças a partir de problemas e necessidades. O objetivo é aperfeiçoar os processos de trabalho para humanizar e melhorar o acesso aos serviços de saúde e fortalecer o SUS (Brasil, 2018). Seu foco é modificar as estratégias educativas, colocando as pessoas como construtoras do conhecimento e não receptoras e ampliando os espaços educativos para fora das salas de aula e das instituições em ações comunitárias. No trabalho também se aprende ao analisar de forma reflexiva os desafios cotidianos e, para transformá-los, é preciso incluí-los nos processos educativos e também promover a autonomia e a responsabilização das equipes, buscando soluções compartilhadas (Brasil, 2009).

Outro ponto tratado pela PNEPS é o uso das tecnologias da informação para potencializar a difusão do conhecimento e o intercâmbio com outros países (Brasil, 2009). Os dispositivos com acesso à internet possibilitam que profissionais utilizem plataformas e ferramentas no cotidiano e aumentam o alcance das ofertas de formações (Cezar, da Costa e Magalhães, 2017; França, Rabello e Magnago, 2019). Um desses exemplos é o Sistema Universidade Aberta do SUS (UNA-SUS), criado pelo Ministério da Saúde em 2010 para atender as necessidades de formação dos profissionais que atuam no SUS. O sistema conta com uma rede colaborativa de 35 instituições de ensino que ofertam cursos a distância de forma gratuita, sob coordenação conjunta da pasta e da Fiocruz. De acordo com o UNA-SUS, metade dos profissionais que fazem os cursos são da Atenção Básica. Os cursos são online, de extensão, aperfeiçoamento, especialização e mestrados profissionais, pensados de acordo com a necessidade da população e para solucionar desafios da saúde pública (UNA-SUS, 2013). Outro exemplo é o Ambiente Virtual de Aprendizagem do Sistema Único de Saúde (AVA-SUS), desenvolvido pelo Ministério da Saúde em parceria com a Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), com a missão de “promover conhecimento integrado e acessível em educação para a saúde” (AVA-SUS, 2023, p. 4). Os módulos são para estudantes e profissionais de saúde, ofertados por instituições de ensino que são referência em EAD (AVA-SUS, 2023).

Para Ceccim (2004), é importante que as práticas educativas sirvam para analisar as experiências locais, organizar ações em rede, promover mudanças na gestão e nas práticas de atenção à saúde, além de fomentar a participação popular e valorizar os saberes locais. O autor fala de “tomar o cotidiano como lugar aberto à revisão permanente” (2004, p. 166) e que os serviços permitam a problematização para a prática da educação permanente em saúde. O processo de trabalho inclui as dimensões organizacionais, técnicas, sociais e

humanas, por isso a formação deve envolver aspectos como valores, visão de mundo, percepções sobre o SUS e até sentimentos (Pagani, de Andrade, 2011).

A EPS tem se consolidado como uma das temáticas de gestão prioritárias em qualificações do SUS, presente em discussões nacionais e internacionais e também em ações e políticas públicas. Com a qualificação dos profissionais de saúde, o grande objetivo é propiciar um atendimento efetivo para as pessoas (Lemos, Dutra e Rezende, 2021), garantindo a qualidade da atenção à saúde, partindo das demandas da população e das equipes de saúde (Pagani, de Andrade, 2011). Por isso, é importante que os gestores assegurem que haja tempo e espaços para os processos de discussão e planejamento das iniciativas, mas as ações não devem ser elaboradas de forma isolada e de cima pra baixo, sem considerar as realidades locais. Estar aberto à aprendizagem demonstra compromisso com o trabalho e com os desafios encontrados cotidianamente (Brasil, 2005; 2014).

Ao aproximarmos a Educomunicação da EPS, é notável que existem semelhanças e que, juntas, podem contribuir muito para a formação de profissionais e em benefícios para a população. Primeiramente, ambas buscam superar desigualdades sociais e enxergam as pessoas como construtoras de conhecimento e que compartilham soluções. Também consideram que existem espaços educativos fora de salas de aula tradicionais e que é preciso abraçar experiências locais e fomentar a participação social. A adoção das duas de forma transversal é um caminho para potencializar políticas públicas na área da saúde.

3.4. Educação Permanente no âmbito do ICEPi

A Educação Permanente em Saúde compreende que o ensino não é exclusivo das escolas e que as organizações necessitam se tornar instituições de aprendizagem no trabalho. Estudos e debates em eventos têm tratado da relevância do SUS como escola, difundindo a capacidade pedagógica nos serviços de saúde (Brasil, 2014). O ICEPi incorporou a EPS ao desenvolver formações de forma descentralizada, nos próprios campos de prática em que os profissionais atuam. É a utilização do ensino em serviço como estratégia de fortalecimento da saúde pública no Espírito Santo, considerando que o Estado tem o dever de incentivar e conduzir a PNEPS (ICEPi, 2023; 2024; 2025).

Um dos exemplos é o Componente de Provisão e Fixação de Profissionais, que faz parte do Qualifica-APS assim como os Programas de Residências. Durante a formação, que dura entre três e quatro anos, os profissionais têm 80% da carga horária voltada para

atividades práticas e 20% para atividades teóricas e teóricas-práticas sobre temas relacionados a cuidados individuais e coletivos, educação permanente, gestão e outros. A EPS é, inclusive, abordada em produções científicas que os profissionais apresentam em congressos e também nos Trabalhos de Conclusão das Residências (TCRs) produzidos pelos residentes (ICEPi, 2024; 2024b; 2024c).

Outro projeto integrante do Qualifica-APS é o Apoio Institucional, que se caracteriza por apoiar e qualificar os processos de trabalho em parceria com gestores e profissionais dos municípios capixabas. O apoiador constrói, de forma conjunta, uma gestão focada na EPS e na melhoria dos indicadores e dos processos de trabalho (ICEPi, 2024c).

Além disso, o instituto faz parte da Câmara Técnica da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos e Relações de Trabalho do Conselho Nacional de Saúde (CT/CIRHRT/CNS), que discute políticas, programas e projetos de formação profissional e educação permanente no SUS. Algumas das atividades são participar de reuniões e formações sobre cursos e a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) e contribuir com o CNS com propostas para a elaboração da Política Nacional de Residências em Área Profissional da Saúde. O ICEPi participa ainda de diversos eventos nacionais sobre EPS. (ICEPi, 2024d; 2025b).

3.5. Atenção Básica e Estratégia Saúde da Família

O Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família (PRMSF) do ICEPi começou as atividades em março de 2020 para formar profissionais aptos a provocar mudanças na organização do cuidado à saúde, para melhorar a saúde e a qualidade de vida das pessoas seguindo os princípios da Atenção Básica (ou Atenção Primária à Saúde) e da ESF (ICEPi, 2022). Antes de avançar no detalhamento da PRMFS, é importante contextualizar do que se trata a Estratégia Saúde da Família para compreender parte da atuação dos residentes nos territórios.

A ESF busca reorganizar a Atenção Básica, seguindo os preceitos do SUS, para ampliar a resolutividade e impactar na saúde das pessoas e no coletivo. As equipes são compostas por, no mínimo, médico generalista ou de Família e Comunidade ou especialista em Saúde da Família; enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família; técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Também podem fazer parte cirurgião-dentista generalista ou especialista em Saúde da Família e auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal. Cada

equipe deve ser responsável por no máximo quatro mil pessoas, mas a média recomendada é de três mil. Porém, quanto maior o grau de vulnerabilidade de um território, menor deve ser a quantidade de pessoas por equipe (Brasil, 2017).

Em 2024, a estratégia completou 30 anos. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o número de equipes de Saúde da Família (eSF) credenciadas chegou a 61.262 em março de 2024 e a cobertura de APS atingiu 79,6 %. A pasta explica que, dada a descentralização e capilaridade da Atenção Primária, é possível reconhecer as características de distintos grupos sociais, potencializando a equidade em saúde e contribuindo na redução de desigualdades socioeconômicas. As equipes estão próximas das comunidades, o que facilita a construção de vínculo entre profissionais e população e a realização de ações de promoção e prevenção. A implantação da ESF como ação prioritária de atenção à saúde ajudou a diminuir a mortalidade infantil, a internação por condições sensíveis à APS e a mortalidade por doenças cardiovasculares (Brasil, 2024).

A Atenção Básica se caracteriza como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrange promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde para uma atenção integral à saúde. O cuidado e a gestão são feitos de forma democrática e participativa, por meio do trabalho em equipe para populações em territórios definidos, manejando as demandas de saúde de maior relevância e frequência no território e considerando critérios de vulnerabilidade. Portanto, deve ser a principal porta de entrada para os usuários na Rede de Atenção à Saúde (RAS) e ser orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, continuidade do cuidado, integralidade da atenção, humanização, equidade e participação social, já que aqui o indivíduo é visto em sua singularidade e inserção sociocultural. A RAS diz respeito a ações e serviços de saúde com diferentes configurações e objetivos assistenciais (Brasil, 2012).

Um dos fundamentos e diretrizes abordados na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada em 2011, é o fomento a participação das pessoas para ampliar a autonomia na construção do cuidado à sua saúde e das pessoas no território, enfrentando determinantes e condicionantes de saúde para organizar os serviços de saúde centrados no usuário e no controle social. A Saúde da Família, portanto, é a estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (Brasil, 2012).

A PNAB também trata da educação permanente para qualificar as práticas de cuidado, gestão e participação popular, dada a necessidade de trabalhadores, gestores e usuários analisarem, intervirem e obterem autonomia para provocar mudanças nos serviços. Então,

além da dimensão pedagógica, a EPS deve ser vista como uma estratégia de gestão e cada equipe, unidade de saúde e município devem desenvolver iniciativas que estejam de acordo com o contexto das equipes, para que tenham efetividade (Brasil, 2012).

Pagani e de Andrade (2012) explicam que a ESF não se ocupa apenas de problemas biológicos individuais, mas também os coletivos e socioculturais, em atuação feita em consultórios e nos territórios, junto à população. As equipes conhecem as famílias, sua realidade, demandas, desafios e potencialidades. Para os autores, o território é um lugar privilegiado para desenvolver processos de trabalho com as pessoas.

As ações territorializadas requerem participação ativa da população, que promovem a cidadania e a democratização. É a valorização da família e de aspectos éticos e afetivos na relação entre profissional e usuário no processo do cuidado. Essa troca pode gerar benefícios para ambas as partes (de Melo, de Melo e de Vilar, 2018).

3.6. Formação em Saúde da Família

Um dos principais objetivos da Residência Multiprofissional em Saúde da Família do ICEPi é formar profissionais para a execução e coordenação de práticas de saúde integradas para compreender e intervir no território em que a ESF está presente. Os profissionais desenvolvem trabalho em equipe e interagem com as necessidades e aspectos socioculturais da comunidade, promovem ações educativas nas escolas, incorporam Práticas Integrativas Complementares (PICs), fazem atendimentos por dois ou mais profissionais, discutem casos, realizam práticas de atividade física ao ar livre e organizam grupos estratégicos como de saúde mental, mulheres, gestantes, idosos e adolescentes. Outro ponto é a integração com outros setores, como a assistência social e a educação, para a promoção da saúde de forma integral (ICEPi, 2022). De acordo com o instituto, os residentes em Saúde da Família se utilizam de diferentes possibilidades para cuidar das pessoas no território, atuando também fora da UBS e tornando-se um diferencial para a população. O programa atende o propósito de reorganizar as ofertas de residências no Espírito Santo, priorizando áreas estratégicas que requerem mais formação e assistência, atendendo regiões com menos serviços de saúde (Wiki Saúde ES, 2024).

No PMSF, a trajetória educacional é feita a partir de um projeto político pedagógico que tem a prática como norteadora do processo de aprendizagem. As produções dos residentes incluem projetos de intervenção chamados de Projetos Aplicativos, o Trabalho de Conclusão da Residência (TCR) e produções científicas apresentadas em congressos e

eventos dessa natureza (Wiki Saúde ES, 2024). Os profissionais também participam de cursos e módulos ofertados pelo instituto, o que abre a possibilidade da elaboração de um módulo de Comunicação e Saúde com essa finalidade.

Segundo o ICEPi, a formação utiliza metodologias ativas de ensino-aprendizagem (Wiki Saúde ES, 2024) e sua principal característica é o protagonismo dos residentes a partir do uso de estratégias colaborativas e de acordo com a realidade do trabalho. A utilização das metodologias ativas é recomendada pela PNEPS (Lemos, Dutra e Rezende, 2021) e Caldarelli (2017) explica que essas metodologias utilizam a problematização como uma estratégia para motivar os estudantes, que refletem e ressignificam suas descobertas. Também é possível a articulação entre os serviços de saúde, a comunidade e instituições de ensino, num processo de construção coletiva que respeita os diferentes conhecimentos e promove a liberdade para pensar, segundo Caldarelli (2017). Colares e Oliveira (2018) reforçam que as metodologias ativas propiciam o desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo da realidade, mobilizando os conhecimentos para buscar soluções para os desafios do cotidiano. Paulo Freire (1996) já afirmava que, na educação de adultos, a resolução de problemas fomenta a aprendizagem, assim como a construção de novos conhecimentos, a partir de vivências prévias das pessoas.

Algumas abordagens das metodologias ativas são a Aprendizagem Baseada em Problemas (ABP) ou *Problem-Based Learning* (PBL), Aprendizagem Baseada em Equipes (ABE) ou *Team-Based Learning* (TBL), Espiral Construtivista, Instrução por Pares, Sala de Aula Invertida, Aprendizagem Baseada em Projetos, Simulação e Teoria da Problematização utilizando o Arco de Mangarez (Colares e Oliveira, 2018; Lima, 2017). A Residência em Saúde da Família do ICEPi utiliza a Aprendizagem Reflexiva, que integra as dimensões pessoal e profissional para desenvolver a criticidade e o comprometimento do residente com as transformações sociais (ICEPi, 2024e). Essa abordagem conta com três ideias centrais: a reflexão na ação (durante a prática profissional), a reflexão sobre a ação (após o acontecimento, quando é revisto fora do cenário em que ocorreu) e a reflexão sobre a reflexão na ação (indivíduo observa o que aconteceu e atribui novos significados, desenvolvendo sua forma própria de conhecer algo) (Alarcão, 2007).

A residência também usa a ABP e a Espiral Construtivista, realizada a partir de alguns passos. O primeiro é a síntese provisória, que identifica problemas e formula explicações a partir de elaborações de questões de aprendizagem. Ao fim, o processo é avaliado por todos os envolvidos. O próximo passo é a atividade autodirigida, a qual os residentes buscam novas informações em bases de dados e, o último, é a construção de uma nova síntese a partir dos

novos significados obtidos pelo confronto entre os saberes prévios e os resultados das buscas realizadas. Ao fim, é feita uma avaliação de todo o processo, que consiste em uma autoavaliação, avaliação da atuação dos colegas e também de quem conduziu (ICEPi, 2024e).

Para o processo formativo, os residentes em Saúde da Família são divididos em grupos de 10 e conduzidos por um tutor, com atividades teóricas realizadas de forma remota síncrona. Também há encontros presenciais em pequenos grupos. Cada unidade educacional apresenta bases conceituais e propõe que os profissionais identifiquem seus conhecimentos prévios e façam novas buscas, valorizando e fortalecendo um aprendizado significativo. São utilizados disparadores que retratam situações da realidade dos residentes, como situações problema, narrativas de prática e história clínica. As narrativas consistem em um relato sobre situações vividas pelos indivíduos, permitindo reflexões sobre os contextos locais e o desenvolvimento de capacidades e dimensões intelectual e afetiva, já a histórica clínica é o estudo de um caso, o qual o residente procura soluções e se utiliza da criatividade e da cooperação (ICEPi, 2024e).

Outras atividades desenvolvidas na residência são oficinas de trabalho, viagens educacionais, portfólio reflexivo e atividades que usam a ABE. De forma geral, o Currículo por Competência da Residência em Saúde da Família considera as necessidades e interesses individuais dos residentes e o contexto de onde a prática profissional acontece (ICEPi, 2024e). A competência diz respeito ao desenvolvimento de capacidades cognitivas, afetivas e psicomotoras que, juntas, auxiliam na prática profissional e viabilizam que as pessoas desenvolvam uma forma própria para lidar com as situações do trabalho (Lima, 2005). No caso da residência, são quatro Áreas de Competência: Cuidado (Individual e Coletivo), Gestão (do Trabalho em Saúde e do Cuidado), Educação (em Saúde e na Saúde) e Investigação em Saúde comuns a todos os residentes, mas também voltadas para cada categoria profissional, e que se desdobram em unidades educacionais teóricas e práticas. Essas unidades são Cuidado à Saúde dos Indivíduos, Gestão e Cuidado Coletivo, Investigação em Saúde e Prática Profissional (ICEPi, 2024e).

A primeira unidade educacional abrange os desempenhos necessários para o trabalho na ESF a partir da pergunta norteadora “como uma equipe da Estratégia Saúde da Família cuida dos indivíduos, família e comunidade?” (ICEPi, 2024e, p. 41). Já a de Gestão e Cuidado Coletivo propõe a elaboração do diagnóstico situacional do território de atuação dos residentes, identificação e priorização de um problema a ser trabalhado, criação de plano de ação, aplicação, monitoramento e avaliação da implantação e dos resultados. Assim são desenvolvidos os Projetos Aplicativos (ICEPi, 2024e).

Na unidade educacional Investigação em Saúde, os residentes são incentivados para a produção científica, de acordo com as linhas de pesquisa prioritárias para o setor saúde no Espírito Santo. Enquanto isso, a unidade Prática Profissional corresponde ao período em que os residentes estão desenvolvendo atividades nos campos de prática. Ao longo da formação, os residentes também podem fazer cursos de curta duração, com carga horária máxima de 180 horas, que complementem o aprendizado e estejam de acordo com demandas relacionadas à ESF (ICEPi, 2024e).

4. ESTUDO DE CASO

Para realizar esta pesquisa, considerou-se adequado a utilização da metodologia de estudo de caso definida por Yin (2010), para compreender a formação dos residentes proposta pelo ICEPi, e da análise de conteúdo conforme Bardin (2004), para analisar as entrevistas em profundidade do tipo semiestruturada com um único respondente (Gaskell, 2000). Optou-se por esse tipo de entrevista pois as sem estrutura, as quais os participantes falam livremente, podem gerar um acúmulo de informações difíceis para analisar e não dar a perspectiva do entrevistado sobre o referido tema (Roesch, 1999). Bardin (2004) explica que o tema é a unidade de significação encontrado em um texto analisado, que pode ser dividido em ideias, enunciados e em proposições com significados. Então, para a autora, fazer uma análise temática é encontrar núcleos de sentido em que a presença ou a frequência em que aparece pode significar algo para o objetivo da análise.

Outra etapa foi a pesquisa de módulos, disciplinas ou cursos voltados para a Comunicação e Saúde no Brasil, não apenas no estado do Espírito Santo, avaliando quais conteúdos foram trabalhados e como dialogam com o campo da Comunicação e Saúde. Também foi feita a análise de conteúdo dos resultados encontrados.

O estudo de caso contribui para a compreensão de fenômenos sociais, individuais, de grupos, organizacionais e outros, e pode se utilizar de muitos tipos de evidências, como documentos e entrevistas. Portanto, é um estudo empírico para investigar fenômenos contemporâneos no contexto real. Yin (2010) considera que o uso de várias fontes no estudo de caso possibilita uma abordagem mais ampla de aspectos comportamentais e históricos. Para iniciar a pesquisa, é importante obter o consentimento de quem vai participar, bem como assegurar a privacidade e a confidencialidade dos envolvidos (Yin, 2010). Para isso, foi utilizado um TCLE com informações detalhadas do estudo e com a solicitação para colaborar com a pesquisa (anexo II).

Para viabilizar o estudo de caso, o autor recomenda a elaboração de um protocolo contendo a visão geral, o procedimento para a coleta de dados, questões para avaliar as práticas realizadas pela instituição e também um relatório sobre o estudo (Yin, 2010). Além das entrevistas, esta pesquisa também utiliza a análise de documentos chamados por Yin de “arquivos de uso público”, que foram disponibilizados pela gestão estadual no site do instituto. Os documentos institucionais são importantes para serem analisados pois representam o sistema e a estrutura da instituição (Vergara, 2005).

Para a construção da proposta de módulo de Comunicação e Saúde para os residentes do ICEPi, foram utilizadas múltiplas fontes de evidências, como documentos públicos disponibilizados no site do instituto, entrevistas e conteúdos de formações e/ou cursos. As etapas de pesquisa foram as seguintes:

- Estado da arte de pesquisas em Comunicação e Saúde e Educomunicação;
- Elaboração do referencial teórico norteador para esta pesquisa;
- Seleção de documentos referentes aos Programas de Residências do instituto, sua criação e normas estabelecidas pelos Ministérios da Educação e da Saúde;
- Entrevistas semiestruturadas e individuais com gestores do ICEPi convidados para a pesquisa dado seu papel no organograma do instituto;
- Entrevistas semiestruturadas e individuais com residentes em Saúde da Família do ICEPi, que manifestaram interesse em participar após receberem o convite enviado pela coordenação do programa;
- Entrevistas semiestruturadas e individuais com usuários do Sistema de Saúde que participam das ações realizadas nas UBS onde os residentes atuam, após alinhamento com os profissionais, preceptores da residência e diretores das unidades. Durante e após as ações, os indivíduos foram informados do teor da pesquisa e convidados a participar. Os que aceitaram foram entrevistados no local;
- Transcrição das entrevistas e compilado das informações fornecidas pelos participantes em planilha do Google Drive;
- Classificação do material conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004);
- Pesquisa no Google sobre cursos e disciplinas que tenham relação com a Comunicação e Saúde e compilado das informações em planilha do Google Drive;
- Classificação do material conforme a análise de conteúdo proposta por Bardin (2004);
- Realização de inferências sobre os resultados da análise de conteúdo, com base no material e no referencial teórico desta pesquisa;
- Delineamento de temas relevantes para um módulo de Comunicação e Saúde para residentes do SUS.

4.1. Entrevistas

Para Gaskell (2000), a entrevista qualitativa fornece dados que contribuem para a compreensão da relação social entre as pessoas e a situação estudada. O objetivo é entender crenças, valores e ações dos atores em contextos específicos, explorando as diferentes opiniões sobre determinado assunto. O autor destaca que pesquisas com entrevistas são um processo social interativo, com troca de significados em que várias realidades são exploradas, percorrendo as diferentes representações sobre determinado assunto. Richardson (1999) reforça ainda que as entrevistas individuais permitem o alcance de uma variedade de percepções em relação ao estudo realizado.

Porém, Gaskell (2000) lembra que há um número limitado de versões da realidade, pois mesmo que as experiências possam parecer únicas, elas são o resultado de processos sociais em alguma medida. “Representações de um tema de interesse comum, ou de pessoas em um meio específico são, em parte, compartilhadas”, afirma (Gaskell, 2000, p. 71). Para que o pesquisador consiga transcrever e analisar as entrevistas, o autor recomenda o limite entre 15 e 25 entrevistas individuais. Quanto à duração, Yin (2010) lembra que muitas entrevistas de estudo de caso podem durar cerca de uma hora, já que são mais focadas e em um tom de conversa, mesmo seguindo o protocolo da metodologia.

Neste estudo, foram entrevistadas 28 pessoas: três gestores do ICEPi, oito residentes em Saúde da Família e 17 usuários do SUS. Cinco gestores do instituto foram convidados a participar e três tiveram disponibilidade de horário, então as entrevistas foram feitas na própria sede do ICEPi, em Vitória. A coordenação da Residência Multiprofissional em Saúde da Família enviou um e-mail convidando os residentes a participarem e oito manifestaram interesse. Metade das entrevistas aconteceu de forma remota, via Zoom, já que a residência é descentralizada e tem cenários de prática em municípios do interior do Espírito Santo. A outra metade aconteceu de forma presencial onde residentes atuam. De forma geral, as entrevistas tiveram duração de aproximadamente 20 minutos e foram gravadas em áudio.

O contato com usuários do SUS se deu após a mediação dos residentes e a interlocução entre preceptores da residência e diretores de UBS da região metropolitana do Espírito Santo. Com a ciência e auxílio dos envolvidos, esta pesquisadora participou de ações de promoção de saúde realizadas por residentes nos territórios e entrevistou quem estava presente e se disponibilizou a participar do estudo. As entrevistas foram gravadas em áudio e tiveram duração média de 10 minutos cada.

A pesquisa obteve Termo de Anuência do ICEPi (Anexo I), assinado pela Direção-Geral, Gerência de Inovação e Coordenação de Pesquisa. Ao final do estudo, os resultados gerados serão compartilhados com o Instituto para a avaliação e possível utilização

nas formações e nos serviços de saúde. O estudo também foi aprovado pelo CEP, da Ufes, sob o CAAE nº 81329224.8.0000.5542.

Todas as entrevistas foram transcritas e analisadas de acordo com a análise de conteúdo utilizada por Bardin (2004). O início deste método remonta ao começo do século passado, nos Estados Unidos, quando a maioria dos materiais analisados era jornalístico, para verificar o grau de sensacionalismo utilizado, comparar os jornais, medir o tamanho dos títulos etc. Com a Primeira e a Segunda Guerras Mundiais, o estudo da propaganda ganha espaço e o primeiro pesquisador a se destacar é Harold Lasswell, com análises da imprensa e da propaganda a partir de 1915 (Bardin, 2004).

Nas décadas de 40 e 50, Bernard Berelson define regras para a análise de conteúdo a partir da colaboração de Paul Lazarsfeld. Para Berelson, a análise é uma técnica investigativa para descrever de forma objetiva, sistemática e qualitativa o conteúdo manifesto da comunicação. Com o passar do tempo, o método deixou de ser considerado apenas com um alcance descritivo e assumiu a função de inferir por meio de indicadores de frequência e de indicadores combinados (Bardin, 2004). A autora afirma que a análise de conteúdo é

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (2004, p. 42).

Bauer (2000) complementa que a análise de conteúdo é uma construção social que considera uma realidade - neste caso, as entrevistas. As etapas para a análise, segundo Bardin (2004), são: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados com inferência e interpretação. Foi realizada a leitura flutuante (Bardin, 2004) das páginas do site do ICEPi, dos documentos sobre o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e da transcrição das entrevistas com gestores, residentes e usuários do SUS.

As etapas seguintes, conforme a autora, são a definição do *corpus* de análise, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores para interpretar o material coletado. A escolha dos dados segue os critérios enfatizados por Bardin (2004): exaustividade (não deixar nenhum elemento de fora da pesquisa); representatividade (amostra representa o universo inicial de dados); homogeneidade (escolha dos documentos a partir de critérios específicos de escolha) e pertinência (categoria de acordo com o que o estudo propõe).

A exploração do material consiste em considerar os cortes do texto como unidades de registro, definir as regras de contagem e classificar e agrupar as informações em categorias (Bardin, 2004). Nesta pesquisa, o texto das entrevistas e os conteúdos dos cursos/disciplinas foram recortados em unidades de registro a partir de palavras-chave que resumem o contexto, criando assim as categorias iniciais. Depois, foram reunidas tematicamente e transformadas em categorias intermediárias até que, por fim, foram definidas as categorias finais. Seguindo esse processo, busca-se entender o sentido da fala dos entrevistados e também outra significação ou mensagem (Fossá, 2003).

Foi escolhida a análise categorial, que divide o texto em categorias agrupadas analogicamente, pois é a melhor opção para estudar opiniões, atitudes, valores e crenças por meio de dados qualitativos (Bardin, 2004). As categorias foram definidas a partir das falas dos entrevistados, embasadas no referencial teórico utilizado nesta pesquisa.

4.2. Categorias a partir das entrevistas

4.2.1. Gestores

Durante as entrevistas, os gestores do ICEPi demonstraram compreender que a comunicação é importante para as ações de saúde, para as formações dos profissionais e também para a relação dos mesmos com usuários do SUS. Também fazem uma relação com a educação em saúde, com a comunicação fazendo parte do processo. Porém, a percepção de que comunicação e informação operam da mesma forma ainda se faz presente.

Os entrevistados são profissionais de diferentes formações com muitos anos de atuação na gestão do SUS, mas que já tiveram experiências na assistência, na pesquisa acadêmica e na formação de profissionais. Os que não tiveram disponibilidade também têm essas experiências e décadas de atuação na saúde.

A divisão em categorias partiu de palavras-chave retiradas das respostas para cada pergunta da entrevista (Apêndice IV) e separadas em categorias iniciais, intermediárias e finais.

Quadro 1 - Categorias iniciais das entrevistas com gestores

Categorias iniciais
1. Educação em saúde

2. Orientar e promover ações de saúde
3. Conhecer ferramentas e organizar ações
4. Identificar as temáticas importantes para a população
5. Como, por que e com quem me comunico
6. Ir para onde a população está
7. Vínculo na relação entre usuários e profissionais
8. Ações de prevenção na Atenção Primária e Secundária
9. Comunicar bem é fundamental
10. Linguagem acessível, não violenta
11. O que é a Comunicação e como ela pode ser
12. Mecanismo de compartilhamento de informações
13. Limitação de acesso aos serviços de saúde por falta de informações
14. Com a comunicação, é possível adotar ações e políticas públicas.
15. Residentes como transmissores da informação
16. A informação em saúde precisa ser estimulada e fomentada no SUS

Fonte: elaborada pela autora.

Nesta divisão, as categorias são frases que englobam o sentido que os entrevistados deram aos temas mencionados, respeitando como entendem essas questões e como as abordaram na entrevista. É importante lembrar que as divisões não estão imunes à subjetividade da pesquisadora, principalmente ao considerarmos o referencial teórico utilizado nesta pesquisa.

O próximo passo foi fazer uma seleção das categorias para transformá-las nas categorias intermediárias e reformular os nomes para que se encaixem melhor aos conceitos abordados neste estudo. As categorias ainda estão divididas conforme a entrevista de cada gestor.

Quadro 2 - Categorias intermediárias das entrevistas com gestores

Categorias intermediárias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Educação em saúde 2. Promoção de ações de saúde 3. Ferramentas de Comunicação 4. Identificar temas relevantes para a população 5. Refletir sobre como se comunica 6. Vínculo entre profissionais e usuários 7. Linguagem acessível 8. Comunicação não-violenta 9. O que é Comunicação 10. Limitação de acesso aos serviços de saúde 11. Comunicação como ferramenta de gestão 12. Estímulo à informação no SUS

Fonte: elaborado pela autora.

Foram feitos agrupamentos de categorias que se assemelham, como “Ir para onde a população está” e “Ações de prevenção na Atenção Primária e Secundária”, que agora fazem parte da categoria “Promoção de ações de saúde”. Já a categoria “Mecanismo de compartilhamento de informações” não foi mais usada, tendo em vista as discussões ao longo deste trabalho sobre a comunicação se diferenciar da informação.

O último passo foi a elaboração das categorias finais, agrupando as categorias intermediárias de forma sucinta e que representasse as ideias passadas pelos gestores durante as entrevistas.

Quadro 3 - Categorias finais das entrevistas com gestores

Categorias finais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Promoção de ações de saúde 2. Ferramentas de Comunicação 3. Identificação de temas relevantes para a população 4. Vínculo entre profissionais de saúde e usuários do SUS 5. O que é Comunicação 6. Comunicação como ferramenta para acessar os serviços de saúde 7. Comunicação como ferramenta de gestão

Fonte: elaborado pela autora.

As categorias finais mesclam temas da saúde e da comunicação e apresentam um cenário em que a comunicação contribui para as ações de saúde, para o vínculo entre profissionais e usuários dos serviços e para a gestão da saúde. Podemos inferir que os gestores entrevistados aparentam ter uma visão alinhada com as discussões que o campo da Comunicação e Saúde suscitam e que foram expostas ao longo desta dissertação. É uma oportunidade para a possível implantação de formações nesse sentido no ICEPi.

4.3.2. Residentes

Durante as entrevistas, todos os residentes foram perguntados se já haviam ouvido falar de Comunicação e Saúde e se haviam estudado o tema na graduação ou em outra formação. A maioria respondeu que não para ambos os questionamentos e os poucos que já tiveram contato com o assunto foram por meio de seminários organizados por instituições públicas. Ainda assim, a percepção dos entrevistados é que trata-se de uma temática

importante para o exercício profissional e para a promoção da saúde com os usuários do SUS, demonstrando interesse em se aprofundarem na Comunicação e Saúde.

As respostas de cada pergunta originaram palavras-chave que foram divididas nas categorias iniciais. O processo foi o mesmo descrito acima, com gestores do ICEPi.

Quadro 4 - Categorias iniciais das entrevistas com residentes

Categorias iniciais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicação como uma troca 2. Comunicação traz acesso 3. Como filtrar as informações e usar as redes sociais? 4. Dificuldade de adesão dos usuários às ações de saúde 5. Acesso à informação 6. Comunicação na promoção de saúde 7. Participação social 8. História da comunicação (atuação democrática e política) 9. Educação permanente 10. Escuta ativa 11. Visão ampliada da saúde 12. Falta compreensão do que é a Atenção Básica 13. Promoção de conhecimento 14. Comunicação para mudar a visão da população e dos profissionais 15. Comunicação com os pacientes 16. Comunicação interpessoal entre profissionais 17. Formas mais assertivas de se comunicar 18. Comunicação não-violenta 19. Informar a população sobre fake news e uso de Inteligência Artificial 20. Comunicação necessária para o SUS 21. Saúde Coletiva 22. Comunicação e Saúde 23. Transmitir conhecimento para a população 24. Essencial para combater as fake news 25. Aprender a se comunicar 26. Comunicação e Saúde nas redes sociais

Fonte: elaborado pela autora.

Essas categorias iniciais demonstram que os residentes acreditam que a comunicação tem impacto nas ações de promoção de saúde e que é importante encontrar melhores formas de se comunicar com os pacientes e entre profissionais, compreendendo que a comunicação é sim importante no SUS. Temas como redes sociais, *fake news* e Inteligência Artificial também aparecem como uma certa preocupação para os profissionais, que buscam compreender como isso afeta a saúde da população. Aqui cabe uma breve explicação sobre Inteligência Artificial, definida pelo criador do termo como a engenharia e a ciência para produzir sistemas inteligentes (McCarthy, 2007). Barbosa e Portes (2023, p.17)

complementam que “é a capacidade dos dispositivos eletrônicos de funcionar de maneira que lembra o pensamento humano. Isso implica em (...) tomar decisões e resolver problemas”.

Outro destaque a partir das entrevistas com os residentes é o entendimento de que as pessoas são importantes no processo de comunicação sobre questões de saúde, já que mencionam a participação social, a escuta ativa e a atuação democrática da comunicação. Uma percepção dos profissionais é que falta a compreensão por parte da população sobre o funcionamento do SUS e do que se trata a Atenção Básica, por isso esses tópicos foram incluídos nas categorias iniciais. Para os entrevistados, essa falta de entendimento e de comunicação assertiva resulta na falta de adesão às ações de promoção de saúde. Porém, cabe alertar aqui que alguns residentes ainda associam a comunicação à simples transmissão de informações para os indivíduos.

Para a formulação das categorias intermediárias, esta pesquisa procurou aliar os conceitos trazidos pelo referencial teórico às respostas dos entrevistados, tendo em mente o objetivo de construir o módulo de Comunicação e Saúde para residentes do SUS.

Quadro 5 - Categorias intermediárias das entrevistas com residentes

Categorias intermediárias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicação como uma troca 2. Assertividade na comunicação com pacientes 3. Comunicação como ferramenta de acesso 4. Redes sociais 5. Participação social 6. História da Comunicação 7. Educação Permanente 8. Escuta ativa 9. Atenção Básica 10. Comunicação interpessoal entre profissionais 11. Comunicação e o resultado de ações de saúde 12. Promoção de saúde 13. Comunicação não-violenta 14. <i>Fake news</i> 15. Inteligência Artificial 16. Saúde Coletiva 17. Comunicação e Saúde 18. Aprender a se comunicar

Fonte: elaborado pela autora.

Mais uma vez, categorias afins foram agrupadas, como a que dizia respeito a não adesão dos usuários agora fazer parte da categoria intermediária “Comunicação como ferramenta de acesso”. Outro exemplo é a categoria inicial “Formas mais assertivas de se

comunicar” que está contemplada na categoria intermediária “Aprender a se comunicar”, e a categoria inicial “Visão ampliada da saúde”, que integra a categoria intermediária “Atenção Básica”. Já a categoria inicial “Acesso à informação” foi suprimida, já que compreendemos que a comunicação com a participação das pessoas não se trata do puro recebimento de informações.

Para as categorias finais, buscou-se alcançar uma visão geral dos pontos considerados mais importantes pelos residentes e também para o objetivo desta pesquisa.

Quadro 6 - Categorias finais das entrevistas com os residentes

Categorias finais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Comunicação com pacientes 2. Redes sociais 3. Promoção da saúde 4. Participação social 5. O que é Comunicação 6. Educação permanente 7. Atenção Básica 8. Comunicação interpessoal entre profissionais 9. <i>Fake news</i> 10. Inteligência Artificial 11. Saúde Coletiva 12. Comunicação e Saúde

Fonte: elaborado pela autora.

As categorias finais reúnem temas próprios da saúde, como promoção da saúde, Atenção Básica e saúde coletiva, que se misturam com a comunicação, compreendendo que as duas áreas são fundamentais para o cuidado em saúde. Demonstram que os residentes consideram esses assuntos relevantes para sua atuação profissional, principalmente para que consigam compreender as necessidades dos usuários do SUS e pensem em iniciativas colaborativas. Como relatado pela residente 2, “às vezes temos dificuldade com a adesão dos usuários, pois não paramos para pensar antes de elaborar as ações nas UBS”.

Como feito anteriormente, categorias intermediárias foram agrupadas para se tornarem uma única categoria dentro das categorias finais. A categoria inicial “Comunicação como uma troca”, por exemplo, está contemplada na categoria final “Comunicação e Saúde”, que considera o referencial teórico apresentado ao longo deste trabalho. Já “História da Comunicação” foi para uma categoria mais ampla, chamada de “O que é Comunicação”,

enquanto a categoria inicial “Escuta ativa” está contemplada na categoria final “Participação social”.

Essa visão geral do que os residentes entendem como mais relevante abre espaço para que a Comunicação e Saúde faça parte da sua formação, já que diversas temáticas poderiam ser trabalhadas para auxiliá-los na prática profissional e também para que a população seja acolhida em suas necessidades e demandas, resultando em melhorias no cuidado em saúde.

4.3.3. Usuários

Ao longo desta pesquisa, diversos autores utilizados enfatizaram a importância de construir as ações junto aos usuários dos serviços de saúde, tanto para compreender suas percepções e vivências quanto para tornar as iniciativas mais eficientes e de impacto positivo. Portanto, consideramos importante ouvi-los e também formular categorias a partir de suas entrevistas, que certamente irão contribuir para uma visão do que a população entende como importante na formação dos profissionais no aspecto da comunicação.

Ao responder aos questionamentos, os usuários avaliaram de forma positiva a realização de ações de promoção de saúde, mesmo que alguns não participem com tanta frequência. Todos foram unânimes ao dizer que essas iniciativas são benéficas para a saúde, especialmente a saúde mental, já que contribuem para o convívio social. Vários relatos dão conta de que novas amizades surgiram durante a convivência entre os usuários dos serviços de saúde e que sair de casa e se movimentar tem sido importante para lidar com a rotina e os desafios do cotidiano nos cuidados com a família e no trabalho. A usuária 12 (chamada aqui desta forma pois as entrevistas foram concedidas na condição de anonimato), por exemplo, disse que começou a participar das atividades para sair de casa e se exercitar. “As ações são importantes para socializar, agitar o corpo e fazer amizades”, afirmou. Outra usuária, por exemplo, relata que “as ações são importantes e incentivo mais pessoas a participarem, porque ajudam bastante e tem muito aposentado em casa, parado”.

Outro ponto é que a maioria dos usuários relata entender as orientações dadas pelos profissionais e que há espaço para tirar dúvidas e também opinar, e enfatizam que é importante uma comunicação acolhedora e serem bem tratados, assim como tratar bem os profissionais de saúde. A usuária 10 começou a participar de atividades na UBS por conta de dor crônica e avalia que “os profissionais têm paciência e também temos que dar opinião sobre o que é feito. É bom ser acolhida”.

De forma geral, as respostas foram objetivas e, portanto, a divisão das respostas em palavras-chave e categorias utilizou as palavras utilizadas pelos usuários.

Quadro 7 - Categorias iniciais das entrevistas com usuários

Categorias iniciais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivação para participar é melhorar a saúde 2. Ações promovem diversão 3. Compreensão do que é dito pelos profissionais 4. Coisas boas são aprendidas 5. Ações são importantes para se exercitar 6. Participar das ações para não se sentir só 7. Profissionais ouvem a população 8. Profissionais são acolhedores 9. Ações ajudam a saúde mental 10. Exames com resultados melhores 11. Integração com outras pessoas 12. Incentivo para mais pessoas participarem 13. Necessidade de se comunicar melhor 14. Abertura para dar opinião 15. Envelhecer com saúde 16. Fazer amizades 17. Comunicação é essencial 18. Atendimento deve ser prestando atenção na pessoa

Fonte: elaborado pela autora.

As categorias iniciais demonstram que os usuários se sentem bem nas ações promovidas pelos residentes, já que estão convivendo com outras pessoas, praticando exercícios, tendo resultados positivos nos exames e se sentindo acolhidos pelos profissionais, que ouvem suas demandas. Porém, alguns dos entrevistados reforçam que a comunicação ainda precisa melhorar, pois a consideram essencial. Os pontos positivos é que avaliam possuir abertura para opinar e têm mobilizado outros moradores para participarem das ações.

Para a elaboração das categorias intermediárias, foram agrupadas categorias afins, com sentidos que se complementam, e a redação foi ajustada.

Quadro 8 - Categorias intermediárias das entrevistas com usuários

Categorias intermediárias
<ol style="list-style-type: none"> 1. Motivação dos usuários é melhorar a saúde 2. Ações são divertidas 3. Usuários compreendem o que os profissionais dizem

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 4. Profissionais ouvem as opiniões dos usuários 5. Ações contribuem para a saúde mental 6. Convívio social 7. Comunicação pode melhorar 8. Envelhecer com saúde 9. Fazer amizades 10. Comunicação é essencial |
|---|

Fonte: elaborado pela autora.

As categorias intermediárias já se encaminham para um panorama geral do que foi dito de mais importante pelos usuários durante as entrevistas, conforme o objetivo desta pesquisa. Então, as categorias abordam os benefícios das ações para a saúde e para a integração entre a comunidade e como é a relação entre profissionais e população entrevistada. Para a elaboração das categorias finais, foi pensado num resumo desses aspectos trazidos pelos usuários.

Quadro 9 - Categorias finais das entrevistas com usuários

Categorias finais
<ol style="list-style-type: none"> 1. Ações contribuem para a melhora da saúde dos participantes 2. Usuários compreendem o que os profissionais dizem 3. Profissionais ouvem as opiniões dos participantes 4. Ações promovem o convívio social 5. Comunicação entre profissionais e pacientes pode melhorar

Fonte: elaborada pela autora.

As categorias finais abordam, de forma geral, os principais pontos trazido pelos usuários durante as entrevistas. São destaques positivos de como as ações são benéficas do ponto de vista da saúde física e mental e de que há uma comunicação aberta entre os profissionais e os participantes, mas que ainda pode melhorar. “Fico confusa às vezes, mas pergunto.

A limitação desta etapa se dá pela ausência de entrevistados de outras regiões do Estado em que atuam residentes do ICEPi, pois só foram ouvidos usuários na região metropolitana.

4.4. Formações

Ao buscar no Google pelas palavras-chave “disciplina -or curso Comunicação e Saúde”, distintas formações foram encontradas. Para esta pesquisa, foram selecionadas 13 iniciativas a serem analisadas, sendo dois anúncios, de 25 resultados. O critério de escolha se deu pelo nome do curso ou disciplina e a ementa com os conteúdos abordados, priorizando formações que tratem de Comunicação e Saúde ou da Comunicação relacionada à área da Saúde, mesmo que com diferentes abordagens e entendimentos.

O Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict), da Fiocruz, é uma das instituições que oferece cursos sobre a Comunicação e Saúde, compreendendo a importância do tema para comunicadores, profissionais que atuam na comunicação institucional e jornalistas. Com carga horária de 36 horas, a Atualização em Comunicação e Saúde é voltada a três públicos-alvo: comunicadores de iniciativas realizadas em territórios periféricos; de comunicação institucional na área saúde, especialmente no setor público; e vinculados a empresas de comunicação. Os principais objetivos são a contribuição para o fortalecimento do campo da Comunicação e Saúde e a melhoria das condições de vida e equidade na saúde da população. Alguns dos temas abordados são: comunicação, o conceito de saúde, SUS e a saúde coletiva, Comunicação e Saúde, comunicação e desigualdade, práticas comunicacionais no SUS, mídias e desinformação e arranjos comunicacionais de populações vulnerabilizadas no enfrentamento dos desafios à saúde (Icict, 2024).

O Icict é responsável ainda pela Especialização em Comunicação e Saúde, que em 370 horas de formação trata de temas associados ao planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e práticas institucionais de comunicação na Saúde (Icict, 2024b).

Também pela Fiocruz são ofertados o Mestrado Acadêmico em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde na Casa de Oswaldo Cruz (COC), para formar pesquisadores que reflitam “sobre os processos de mediação entre o conhecimento científico e a sociedade”. Algumas das disciplinas tratam da divulgação científica, de fontes de informação e da sociologia e filosofia da ciência (COC, 2023).

A Fiocruz também conta com Mestrado e Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde no Icict, com o objetivo de qualificar profissionais para o desenvolvimento de pesquisa e atividades de ensino relacionadas à informação e comunicação na saúde pública. As disciplinas ofertadas para ambos são “Comunicação, história e memória”; “Práxis da produção do conhecimento”; “Gênero, saúde e comunicação”; “Publicidade, propaganda e

saúde”; “Formação para a docência”; “Metodologia de pesquisa em informação e comunicação em saúde”; “Informação e comunicação em saúde” (Icict, 2022).

Para o segundo semestre de 2024, foram ofertadas disciplinas eletivas de inverno para discentes externos no Programa de Pós-Graduação em Informação e Comunicação em Saúde (PPGICS). Duas delas focam na comunicação: “Literacia para a saúde, comunicação em saúde e educação popular em saúde” e “Comunicação e Saúde: perspectivas internacionais”. De acordo com a ementa da primeira, os principais temas trabalhados foram a saúde e a educação como direito, promoção da saúde, Comunicação e Saúde, literacia para a saúde, educação popular e educação popular em saúde. Já a segunda disciplina abordou questões como as interfaces da Comunicação e Saúde, novas tecnologias de comunicação e informação, bullying e cyberbullying, desinformação, fake news, comunicação e relação médico-paciente, inteligência artificial e telemedicina, participação social, linguagem simples e outros (PPGICS, 2024).

Também no segundo semestre de 2024, a Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), no Rio Grande do Sul, ofertou a disciplina eletiva “Comunicação e evidência científica nas mídias sociais” para cursos de graduação em Medicina, Biomedicina, Gestão em Saúde, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia. Segundo a ementa, os conteúdos abordados foram comunicação científica por meio das redes sociais e “*fake science*”, com o objetivo principal de promover a divulgação científica para a população (UFCSPA, 2024).

Na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio), a disciplina obrigatória “Comunicação e Saúde” é ofertada a alunos do primeiro período de Nutrição como uma das disciplinas de Saúde Pública. O conteúdo programático envolve *mass media* e comunicação interpessoal, a construção de sentidos e a necessidade de reflexão crítica, produção de materiais em Comunicação e Saúde, o lugar do sujeito nas práticas de saúde (subjetividade, intersubjetividade e relação dialógica), a comunicação nas relações profissionais com pacientes, familiares, outros profissionais, equipe multiprofissional, instituição, comunidade, sociedade e universidade. Já a optativa “Comunicação, Informação e Novas Tecnologias” consta no site da instituição como ofertada para estudantes também de Nutrição e os conteúdos trabalhados são: “Comunicação e informação na sociedade de massas”; “Comunicação e informação na sociedade brasileira”; “Comunicação, informação e novas tecnologias”; e “Comunicação, informação e Nutrição” (Unirio, 2024).

Já a USP oferta, desde 2020, a disciplina obrigatória “Comunicação em Saúde” para os estudantes da Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (Forp), abordando temas como

as formas e relevância da Comunicação, a empatia na Comunicação em áreas da saúde, a comunicação com os pacientes, o impacto de uma comunicação eficaz no trabalho em equipe, divulgação científica, tipos de apresentação em eventos científicos e ética na comunicação (USP, 2024).

A Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas) já ofertou um curso de curta duração (cinco horas) em formato Educação à Distância (EAD) de Comunicação em Saúde, que estava indisponível no momento de escrita desta dissertação. O conteúdo programático trazia o relacionamento com Assessoria de Comunicação, a definição de Jornalismo, Relações Públicas, Publicidade e Comunicação Digital, comunicação integrada, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGDP), dados na saúde, implicações emocionais e gestão de relacionamentos com o público (PUC Minas, 2023).

Outro curso livre EAD é ofertado pela Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), de forma gratuita e com 60 horas de carga horária, chamado “Comunicação em tempos de emergências em saúde: estratégias para os territórios”. São abordados temas como Comunicação e Saúde, o que é saúde, o que é o SUS, o que é a comunicação, o que é território e as interfaces com a Comunicação e Saúde, o que são as emergências em saúde pública e a comunicação nessas situações, Comunicação e Saúde na dimensão epidemiológica, as Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e impactos na abordagem das emergências em saúde, estratégias de comunicação no território, ética e Comunicação e Saúde, produção e publicação de conteúdos em diferentes formatos e outros (Ufes, 2023).

Um dos anúncios resultantes da busca é para o curso online de Comunicação e Promoção em Saúde da Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (Famesp), localizada em Ribeirão Preto. Com carga horária de 180 horas, a formação é voltada para profissionais de saúde, estudantes e demais interessados em comunicação e promoção em saúde, de acordo com o site da instituição. Alguns dos conteúdos abordados são: conceitos básicos em saúde; comunicação em saúde e Enfermagem; relação entre saúde, sociedade e cultura; conceitos de saúde pública e saúde coletiva; abordagem comunitária e a saúde; Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS); SUS; regionalização da saúde; humanização da assistência em saúde; Políticas Públicas de Atenção à Saúde Mental e à Saúde da Criança e do Adolescente; prevenção e promoção da saúde e diretrizes e normas em Pesquisa em Saúde (Famesp, 2024).

O outro anúncio direciona para um curso de pós-graduação à distância em Gestão de Comunicação em Saúde pelo Centro Universitário Internacional (Uninter), com carga horária

de 360 horas. As disciplinas obrigatórias são Planejamento e Gestão em Saúde, Políticas Públicas de Saúde; Comunicação Pública; Relações Públicas e Assessoria de Imprensa; Comunicação e Saúde; Mídiação da Sociedade; Bioética e Planejamento de Comunicação Integrada. Já as eletivas são Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares; Novas Tecnologias em Pesquisa Mercadológica; Gestão de Serviços Hospitalares; Métricas na Web; Marketing Hospitalar; Licitações e Contratos; Web Marketing; Gestão de Mídia Social e Personal Branding Hands-On (Uninter, 2024).

Quadro 10 - Formações sobre Comunicação e/ou Comunicação e Saúde

Instituição	Curso	Conteúdo
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde (Icict) - Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)	Atualização em Comunicação e Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Sobre a comunicação: pontos de partida; ● O conceito de saúde / O SUS e a saúde coletiva; ● O campo da Comunicação e Saúde; ● Comunicação e desigualdade; ● Participação social em defesa dos direitos à comunicação e à saúde; ● Itinerários do cuidado: práticas comunicacionais no SUS; ● Mídias e desinformação: impactos à produção noticiosa sobre ciência e saúde; ● Arranjos comunicacionais de populações vulnerabilizadas no enfrentamento dos desafios à saúde.
Icict - Fiocruz	Especialização em Comunicação e Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e práticas institucionais de comunicação na Saúde
Casa de Oswaldo Cruz (COC) - Fiocruz	Mestrado em em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Divulgação científica: história, conceitos e modelos; ● Seminário de Pesquisa; ● Metodologia da pesquisa; ● Seminários de

		<p>Metodologia;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Semana Nacional da Ciência e Tecnologia; • Audiências: análise e entendimentos; • Fundamentos de História das Biociências; • Ética aplicada à pesquisa nas humanidades; • Introdução às fontes de informação; • Escrita científica.
Icict - Fiocruz	Mestrado em Informação e Comunicação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação, história e memória; • Práxis da produção do conhecimento; • Gênero, saúde e comunicação; • Publicidade, propaganda e saúde; • Formação para a docência; • Metodologia de pesquisa em informação e comunicação em saúde; • Informação e comunicação em saúde.
Icict - Fiocruz	Doutorado em Informação e Comunicação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Comunicação, história e memória; • Práxis da produção do conhecimento; • Gênero, saúde e comunicação; • Publicidade, propaganda e saúde; • Formação para a docência; • Metodologia de pesquisa em informação e comunicação em saúde; • Informação e comunicação em saúde.
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)	Graduação em Medicina, Biomedicina, Gestão em Saúde, Nutrição, Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem e Farmácia	<p>Disciplina eletiva “Comunicação e evidência científica nas mídias sociais”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comunicação científica por meio das redes sociais; • Fake science.
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio)	Graduação em Nutrição	<p>Disciplina Comunicação e Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mass media e comunicação interpessoal; • A construção de sentidos

		<p>e a necessidade de reflexão crítica, produção de materiais em Comunicação e Saúde;</p> <ul style="list-style-type: none"> ● O lugar do sujeito nas práticas de saúde (subjetividade, intersubjetividade e relação dialógica); ● A comunicação nas relações profissionais com pacientes, familiares, outros profissionais, equipe multiprofissional, instituição, comunidade, sociedade e universidade. <p>Disciplina Comunicação, Informação e Novas Tecnologias:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação e Informação na Sociedade de Massas; ● Comunicação e Informação na Sociedade Brasileira; ● Comunicação, Informação e Nutrição.
Faculdade de Odontologia de Ribeirão Preto (Forp) - Universidade de São Paulo (USP)	Graduação em Odontologia	<p>Disciplina Comunicação e Saúde:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● As formas e relevância da Comunicação; ● A empatia na Comunicação em áreas da saúde; ● A comunicação com os pacientes; ● O impacto de uma comunicação eficaz no trabalho em equipe; ● Divulgação científica; ● Tipos de apresentação em eventos científicos; ● Ética na comunicação
Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUC Minas)	Curso livre Comunicação e Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Assessoria de Comunicação; ● A definição de Jornalismo, Relações Públicas, Publicidade; ● Comunicação Digital; ● Comunicação integrada, Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais (LGDP); Dados na saúde; ● Implicações emocionais e gestão de

		relacionamentos com o público
Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes)	Curso livre Comunicação em tempos de emergências em saúde: estratégias para os territórios	<ul style="list-style-type: none"> ● Comunicação e Saúde; ● O que é saúde; ● O que é o SUS; ● O que é a comunicação; ● O que é território e as interfaces com a Comunicação e Saúde; ● O que são as emergências em saúde pública e a comunicação nessas situações; ● Comunicação e Saúde na dimensão epidemiológica; ● As Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs) e impactos na abordagem das emergências em saúde; ● Estratégias de comunicação no território; ● Ética e Comunicação e Saúde; ● Produção e publicação de conteúdos em diferentes formatos.
Faculdade Metropolitana do Estado de São Paulo (Famesp)	Curso livre Comunicação e Promoção em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Conceitos básicos em saúde; ● Comunicação em saúde e Enfermagem; ● Relação entre saúde, sociedade e cultura; ● Conceitos de saúde pública e saúde coletiva; ● Abordagem comunitária e a saúde; ● Política Nacional de Educação Popular em Saúde (PNEPS); ● SUS; ● Regionalização da saúde; ● Humanização da assistência em saúde; ● Políticas Públicas de Atenção à Saúde Mental; ● Políticas Públicas de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente; ● Prevenção e promoção da saúde e diretrizes; ● Normas em Pesquisa em

		Saúde.
Centro Universitário Internacional (Uninter)	Pós-graduação em Gestão de Comunicação em Saúde	<ul style="list-style-type: none"> ● Planejamento e Gestão em Saúde; ● Políticas Públicas de Saúde; ● Comunicação Pública; ● Relações Públicas; ● Assessoria de Imprensa; ● Comunicação e Saúde; ● Mídia Social da Sociedade; ● Bioética e Planejamento de Comunicação Integrada; ● Gestão de Pessoas em Organizações Hospitalares; ● Novas Tecnologias em Pesquisa Mercadológica; ● Gestão de Serviços Hospitalares; ● Métricas na Web; ● Marketing Hospitalar; ● Licitações e Contratos; ● Web Marketing; ● Gestão de Mídia Social; ● Personal Branding e Hands-On

Fonte: elaborado pela autora

Para definir as categorias iniciais, pensou-se na divisão por conteúdos de cada curso ou disciplina encontrados na busca. Quando interpretado pela pesquisadora como necessário, foram feitos agrupamentos de acordo com a afinidade dos temas abordados. É importante lembrar que a categorização não está imune à subjetividade da autora no processo desta pesquisa. Cardoso, Oliveira e Ghelli (2021) destacam que, no campo das pesquisas sociais, a análise de conteúdo reconhece a não neutralidade entre o contexto, o objeto de pesquisa e o pesquisador.

Os valores e a linguagem natural do entrevistado e do pesquisador, bem como a linguagem cultural e os seus significados, exercem uma influência sobre os dados da qual o pesquisador não pode fugir. De certo modo a análise de conteúdo, é uma interpretação pessoal por parte do pesquisador com relação à percepção que tem dos dados. Não é possível uma leitura neutra. Toda leitura se constitui numa interpretação (Moraes, 1999, p.3).

Quadro 11 - Categorias iniciais a partir das formações**Categorias iniciais**

1. Saúde Coletiva
2. Conceito de Comunicação
3. SUS
4. Comunicação e Saúde
5. Comunicação e Desigualdade
6. Participação Social
7. Comunicação no SUS
8. Desinformação
9. Comunicação de populações vulnerabilizadas
10. Planejamento de políticas e práticas de Comunicação na saúde
11. Desenvolvimento de políticas e práticas de Comunicação na saúde
12. Avaliação de políticas e práticas de Comunicação na saúde
13. Divulgação científica
14. Pesquisa
15. Metodologia
16. Análise de audiências
17. História das Biociências
18. Fontes de informação
19. Escrita científica
20. Comunicação, história e memória
21. Produção do conhecimento
22. Gênero, saúde e comunicação
23. Publicidade, propaganda e saúde
24. Formação para docência
25. Pesquisa em informação e comunicação em saúde
26. Informação e comunicação em saúde
27. Comunicação, história e memória
28. Produção do conhecimento
29. Gênero, saúde e comunicação
30. Publicidade, propaganda e saúde
31. Formação para docência
32. Pesquisa em informação e comunicação em saúde
33. Informação e comunicação em saúde
34. Comunicação e evidência científica
35. Comunicação científica
36. Comunicação e Saúde
37. Comunicação de massa
38. Comunicação interpessoal
39. Construção de sentidos e reflexão crítica
40. Lugar do sujeito nas práticas de saúde
41. Comunicação nas relações com pacientes, familiares, outros profissionais, instituição, comunidade, sociedade e universidade
42. Comunicação, informação e novas tecnologias
43. Comunicação e informação na sociedade de massas
44. Comunicação e informação na sociedade
45. Comunicação, informação e nutrição
46. Formas de Comunicação
47. Comunicação na saúde
48. Comunicação com pacientes
49. Comunicação eficaz no trabalho em equipe
50. Divulgação científica

51. Ética na comunicação
52. Assessoria de Comunicação
53. Jornalismo
54. Relações Públicas
55. Publicidade
56. Comunicação digital
57. Comunicação integrada
58. LGPD
59. Dados na saúde
60. Gestão de relacionamento com o público
61. Comunicação e Saúde
62. O que é saúde
63. SUS
64. O que é comunicação
65. Território e Comunicação e Saúde
66. Emergências em saúde pública e comunicação
67. Comunicação e Saúde na dimensão epidemiológica
68. TICs e impactos na abordagem das emergências em saúde
69. Estratégias de comunicação no território
70. Ética e Comunicação e Saúde
71. Produção e publicação de conteúdos
72. Conceitos básicos de saúde
73. Comunicação em Saúde e Enfermagem
74. Saúde, sociedade e cultura
75. Conceitos de saúde pública e saúde coletiva
76. Abordagem comunitária e saúde
77. Polícia Nacional de Educação Popular em Saúde
78. SUS
79. Regionalização da saúde
80. Humanização da assistência
81. Políticas Públicas de Atenção à Saúde Mental e à Saúde da Criança e do Adolescente
82. Prevenção e promoção da saúde
83. Pesquisa em saúde
84. Planejamento e Gestão em Saúde
85. Políticas Públicas de Saúde
86. Comunicação Pública
87. Relações Públicas e Assessoria de Imprensa
88. Comunicação e Saúde
89. Miatização da sociedade
90. Bioética e planejamento de Comunicação Integrada
91. Gestão de pessoas em hospitais
92. Métricas na web
93. Marketing hospitalar
94. Licitações e contratos
95. Web marketing
96. Gestão de mídia social
97. Personal Branding Hands-On

Fonte: elaborado pela autora.

Para as categorias intermediárias, buscou-se fazer um novo agrupamento a partir de temas afins, e/ou que pudessem ser reunidas e/ou permitissem uma ampliação, como a categoria intermediária “Comunicação”, que abarca a categoria inicial “Conceitos de comunicação”. Outro exemplo é a categoria intermediária “Gestão de políticas e práticas de

Comunicação na Saúde”, derivada das categorias iniciais que tratam de planejamento, desenvolvimento e avaliação de políticas e práticas de Comunicação na Saúde.

Quadro 12 - Categorias intermediárias das formações

Categorias intermediárias
1. Saúde Coletiva
2. Comunicação
3. SUS
4. Comunicação e Saúde
5. Participação social
6. Desinformação
7. Gestão de políticas e práticas de Comunicação na Saúde
8. Divulgação científica
9. Pesquisa
10. Fontes de informação
11. Comunicação, história e memória
12. Produção do conhecimento
13. Gênero, saúde e comunicação
14. Publicidade e propaganda
15. Informação e Comunicação em Saúde
16. Comunicação, história e memória
17. Produção do conhecimento
18. Gênero, saúde e comunicação
19. Publicidade e propaganda
20. Informação e Comunicação em Saúde
21. Comunicação científica
22. Comunicação e Saúde
23. Comunicação de massa
24. Comunicação interpessoal
25. Comunicação, informação e novas tecnologias
26. Comunicação e informação na sociedade
27. Comunicação, informação e nutrição
28. Formas de comunicação
29. Comunicação na saúde
30. Comunicação com pacientes
31. Comunicação interpessoal
32. Divulgação científica
33. Ética na Comunicação
34. Assessoria de Comunicação
35. Jornalismo
36. Relações Públicas
37. Publicidade
38. Comunicação digital
39. Comunicação integrada
40. LGPD
41. Dados na saúde
42. Relacionamento com o público
43. Comunicação e Saúde
44. Saúde
45. SUS
46. Comunicação
47. Território e Comunicação e Saúde
48. TICs e abordagem das emergências em saúde

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 49. Ética e Comunicação e Saúde 50. Produção de conteúdos 51. Saúde 52. Comunicação em Saúde e Enfermagem 53. Saúde e sociedade 54. Saúde pública e saúde coletiva 55. Abordagem comunitária e saúde 56. Políticas públicas 57. SUS 58. Prevenção e promoção da saúde 59. Pesquisa em saúde 60. Gestão da saúde 61. Políticas públicas 62. Comunicação pública 63. Relações públicas e assessoria de imprensa 64. Comunicação e saúde 65. Mídia social da sociedade 66. Gestão de mídia social |
|---|

Fonte: elaborado pela autora.

Para criar as categorias finais, o objetivo foi sintetizar ao máximo as categorias intermediárias, mas sem deixar de abranger os distintos conteúdos presentes nas formações e/ou disciplinas. Um exemplo é a junção das categorias intermediárias “Divulgação científica”, “Pesquisa” e “Fontes de informação”, que originaram a categoria final “Divulgação científica”, compreendendo que, para essa divulgação, é necessária a compreensão a respeito de fontes de informação e de pesquisa. Já a categoria “Comunicação e Saúde” envolve, além do próprio campo em si, “Gênero, saúde e comunicação” e “Comunicação na saúde”.

Nas categorias finais, não foram mantidas as divisões por formações e/ou disciplinas, deixando-as de uma forma geral, contemplando toda a amostragem encontrada. Bardin (2004) explica que o pesquisador pode propor inferências (dedução de maneira lógica) e interpretações a partir dos resultados descobertos.

Quadro 13 - Categorias finais das formações

Categorias finais
<ul style="list-style-type: none"> 1. Comunicação com pacientes 2. Comunicação Digital 3. Comunicação e Saúde 4. Comunicação interpessoal 5. Comunicação pública 6. Conceitos básicos de Comunicação 7. Desinformação

8. Divulgação científica
9. Ética na Comunicação
10. Gestão da Saúde
11. Gestão de redes sociais
12. Informação e Comunicação em Saúde
13. LGPD
14. Práticas de Comunicação na Saúde
15. Prevenção e promoção da saúde
16. Saúde Coletiva
17. SUS
18. Território e Comunicação e Saúde
19. TICs

Fonte: elaborado pela autora.

Com os resultados encontrados, é possível inferir que o campo da Comunicação e Saúde ainda não está amplamente difundido na formação de profissionais e estudantes, mesmo que as formações tratem da comunicação. Como vimos anteriormente nesta pesquisa, informação não é a mesma coisa que comunicação, e o primeiro conceito se faz presente nas formações. Outro ponto relevante é que os cursos pretendem explicar para os profissionais de saúde o funcionamento da Assessoria de Imprensa, Relações Públicas e Publicidade e Propaganda.

A gestão das redes sociais também é um tema tratado, que é diferente da comunicação digital. Em suma, a comunicação digital reúne ferramentas e métodos aplicados a dispositivos móveis, *web* e redes sociais (FSB, 2020). Já nas redes sociais na internet são feitas conexões sociais que possibilitam o recebimento de muitas informações e a realização de interações, onde é possível se expressar e emitir opiniões (Recuero, 2017; Recuero, Bastos e Zago, 2015).

Outro ponto a ser enfatizado é a importância dada à comunicação com pacientes e também a comunicação interpessoal. Esta última foi definida como “a comunicação entre os indivíduos, como as pessoas se afetam mutuamente” (Kunsch, 2003, p. 8). Para Carvalho (2012), um dos objetivos principais dessa comunicação é evitar e reduzir conflitos e buscar soluções. Tratando-se da saúde, uma boa comunicação interpessoal deve levar em conta critérios como responsividade, confiança, competência técnica, empatia, tangibilidade, cortesia, prestação de serviços solicitados e outros (Borba, 2003).

A comunicação pública também aparece nas formações, considerando os profissionais que atuam ou desejam atuar na saúde pública. O jornalista Jorge Duarte, referência em comunicação pública, explica que “a expressão que tem se tornado popular por responder ao anseio coletivo de uma comunicação mais democrática, participativa e equânime” (Duarte,

2011, p. 2). Para o autor, esse tipo de comunicação está vinculada a temas de interesse coletivo e se propõe a viabilizar o direito social individual e coletivo de se informar, expressar, dialogar e participar numa perspectiva cidadã de comunicação. Para este trabalho, optou-se separar a categoria “Comunicação pública” da categoria “Conceitos básicos de Comunicação”, pois buscou-se evidenciar que os cursos e/ou disciplinas dão importância para a comunicação pública, o que é compreensivo quando pensamos nos profissionais que trabalham ou desejam trabalhar no SUS.

Em “Conceitos básicos de Comunicação”, reunimos as categorias “Assessoria de Imprensa”, “Relações Públicas” e “Publicidade e Propaganda”. Em suma, a assessoria de imprensa é responsável pela gestão do relacionamento e dos fluxos de informação entre a imprensa e as fontes, atendendo às demandas sobre uma organização ou fonte (Duarte, 2002). As relações públicas são apresentadas por diversos conceitos e não é nossa intenção se aprofundar nesse debate, mas uma definição que cabe aqui é que as relações públicas focam nos relacionamentos estratégicos e com públicos específicos que se dão pelo vínculo entre pessoas e pelo conjunto de conexões oficiais entre instituições, países etc (França, 2003). Já a publicidade tem em seu próprio nome uma definição, que é o ato de tornar público, com origem no latim *publicus*, que significava público. São diversos tipos, como publicidade de produtos, serviços e outras. Enquanto isso, a propaganda propaga ideias, crenças e princípios. Como exemplos, podemos citar a propaganda política, eleitoral, institucional etc (Muniz, 2004).

Outros conceitos que viraram categorias nesta pesquisa já foram discutidos ao longo deste trabalho, como “Comunicação e Saúde”, “Desinformação” e outros. O importante para este debate é notar como temas da comunicação e da saúde têm se unido nas formações para preparar os profissionais de saúde e às vezes os de comunicação para tratar de assuntos tão relevantes, como a saúde pública, a prevenção e a promoção da saúde, a comunicação com pacientes e entre equipes, a desinformação, o uso das redes sociais em benefício da saúde e tantos outros. O objetivo é qualificar as pessoas para além das técnicas de cada profissão, mas considerando a complexidade da saúde, do SUS, da comunicação e dos territórios onde vivemos, para que avancem nas práticas e causem um impacto positivo em suas atuações. Deslandes e Mitre (2009) lembram que as relações sociais possibilitam a reorganização de padrões vigentes a partir de novas ações e também das problematizações.

4.5. Construção do módulo de Comunicação e Saúde

Para a construção do módulo, é considerado o referencial teórico abordado ao longo deste estudo, as entrevistas com gestores e residentes do ICEPi e usuários do SUS e também os cursos e disciplinas sobre Comunicação e Saúde. O objetivo é que o instituto avalie a possibilidade e viabilidade e utilize este material para complementar a formação dos residentes, que demonstraram interesse pelo tema ao serem entrevistados. Os gestores ouvidos também consideram um tema relevante e que contribuiria para a atuação dos profissionais no cotidiano dos serviços de saúde.

Como mencionado no início desta dissertação, inicialmente foram pensadas uma divisão do módulo em três partes: Comunicação e Saúde; Comunicação em tempos de emergência e saúde pública; e Comunicação e Territorialidade. Então, as categorias finais desenvolvidas nas entrevistas e na pesquisa das formações e disciplinas são encaixadas nesta divisão. A carga horária total proposta é de 40 horas, conforme têm sido organizadas formações complementares para os residentes do instituto:

- Comunicação e Saúde (10h):
 - O que é Comunicação: a definição do campo, ferramentas (como releases para a imprensa e produção de conteúdo em redes sociais), comunicação pública e sua importância para a gestão na área da saúde e ética.
 - Comunicação e Saúde: definição do campo, direito à comunicação e saúde e boas práticas desenvolvidas no Brasil.
 - Comunicação com pacientes: escuta ativa para acolhimento das demandas dos usuários do SUS, participação social na construção das ações de promoção de saúde e comunicação interpessoal entre profissionais.
- Comunicação em tempos de emergência e saúde pública (20h):
 - TICs: utilização para se conectar com diferentes públicos
 - Redes sociais, *fake news* e desinformação: como identificar e enfrentar e como abordar os temas com a população.
 - Inteligência Artificial e o impacto na saúde: apresentar os riscos e possibilidades da utilização da Inteligência Artificial por meio de um uso ético e seu impacto para a saúde

- Leitura crítica da mídia: o conceito de Educomunicação e suas possibilidades, em especial a leitura crítica da mídia sobre o que é veiculado sobre saúde. Utiliza exemplos práticos de ações.
- Divulgação científica: aborda a pesquisa em saúde em emergências de saúde pública e formas de compartilhar os resultados com a população.
- Comunicação e Territorialidade (10h):
 - Conceitos de Territorialidade: discute os diversos conceitos de territorialidade e como melhor se encaixam às realidades encontradas pelos residentes nos distintos territórios de atuação.
 - Fluxos de comunicação nos territórios: identificação de como as pessoas se comunicam nos territórios e como os profissionais de saúde podem se utilizar dessas formas para trabalharem a comunicação de forma equânime.

Esses temas foram selecionados pois possuem aderência com a rotina de atividades dos residentes e complementam seus saberes prévios sobre a comunicação, contribuindo para a ampliação da visão que possuem e os provocando na interface com a saúde. Mas para isso, é preciso alinhar sobre o que é comunicação nesta perspectiva que não se reduz a simplesmente informar os pacientes. Também é importante que os residentes conheçam um pouco do funcionamento da imprensa no Brasil e da produção de conteúdo para as redes sociais, que é feita em diferentes formatos e tem um papel fundamental para tratar de temas relacionados à saúde e para dar voz às produções das comunidades, ao mesmo tempo que requerem atenção em função das *fake news*, desinformação e utilização de Inteligência Artificial. Ao pensar nas TICs, é preciso considerar como as pessoas as utilizam e que nem todos têm acesso à internet e a dispositivos eletrônicos. Como estão inseridos no SUS, outro ponto destacado é a compreensão do que é a comunicação pública, para que os profissionais tenham a dimensão institucional da comunicação e sejam pautados pela ética ao se comunicarem.

Ao tratarmos da Comunicação e Saúde, o compartilhamento de boas práticas de outros estados e instituições pode despertar a criatividade e um novo olhar dos residentes para pensar em ações e no atendimento dos usuários de forma mais colaborativa e acolhedora, tendo em vista a equidade e o protagonismo das pessoas em seu cuidado em saúde. A escuta ativa e a participação social são essenciais para isso, assim como uma comunicação eficaz e respeitosa entre os profissionais. Iniciativas que usam a Educomunicação também são valiosas para que os residentes compreendam como isso se dá na prática e possam

implementar no dia a dia com as comunidades. A leitura crítica da mídia é mais um ponto importante para que os profissionais pensem em formas de incidir nas pautas produzidas pela mídia e para estimular a reflexão também entre as comunidades. E a divulgação científica é um dos caminhos para que os residentes dialoguem com as pessoas sobre tratamentos, formas de prevenção, promoção da saúde e outros temas.

A territorialidade se conecta a todas essas temáticas, já que os residentes lidam com diferentes realidades, inclusive num mesmo serviço de saúde, e é importante que conheçam como autores definem esse conceito e como isso se aplicaria dentro de sua atuação profissional. Outro ponto fundamental é compreender como as pessoas se comunicam no território, quais dispositivos utilizam e qual é a linguagem, para que façam parte desse fluxo e se aproximem dos cidadãos.

Como trata-se de uma proposta de módulo, a gestão do ICEPi poderia fazer ajustes que melhor se adequam aos interesses da formação e também dos residentes, considerando que não foram todos ouvidos nesta pesquisa.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Uma ação comunicativa emancipatória requer a validação da fala dos indivíduos e o entendimento por meio do diálogo, sendo estratégico para o cuidado em saúde e gestão humanizados (Deslandes e Mitre, 2009). Ao longo deste trabalho, buscou-se demonstrar que a participação social é importante para a construção das ações de saúde e para a adesão das pessoas, possibilitando melhores resultados. Quando a população é valorizada, ouvida e pode contribuir de forma efetiva no planejamento e execução das iniciativas, vemos a Comunicação e Saúde se desenvolver na prática. Aliada à Educomunicação, a comunidade ganha protagonismo no seu próprio processo de cuidado em saúde.

Um caminho para alcançar essa forma de promover saúde é encontrado na formação dos profissionais nos serviços em que atuam por meio da Educação Permanente em Saúde. A Residência é um processo formativo em que há espaço para isso, já que os residentes atuam durante anos próximos dos indivíduos, criando vínculos e desenvolvendo ações dentro e fora dos serviços de saúde do SUS, para ficarem cada vez mais próximos da população. E com base nas entrevistas feitas para esta pesquisa, os profissionais e gestores do ICEPi têm interesse em se aprofundar na Comunicação e Saúde para aprimorar a prática profissional e as iniciativas que já são executadas, além de propor novos processos.

Ainda tratando de formações, ao buscar cursos e disciplinas que abordem Comunicação e Saúde, vemos que o campo ainda é pouco difundido nesse aspecto e que a comunicação é frequentemente associada à apenas informar. Esta não é a perspectiva dos autores apresentadas ao longo desta dissertação, mas indica que a área da saúde vem se aproximando cada vez mais da comunicação, entendendo que desempenha um papel fundamental nas relações entre profissionais e com pacientes e tem muito a contribuir para a gestão da saúde pública.

Para os usuários entrevistados, melhoras na comunicação entre profissionais e pacientes são bem-vindas, mesmo que já relatem que são ouvidos e acolhidos em suas demandas e opiniões. Para eles, estar em contato com os residentes e com outros participantes das ações de promoção de saúde representa muito mais do que a melhora da saúde física, mas também a oportunidade de convívio social, de fazer amizades, de sair de casa e de se movimentar.

Todos os resultados encontrados na análise de conteúdo das entrevistas e das formações, somados ao referencial teórico e aos documentos da instituição, contribuiriam para a construção de um módulo que pode ser utilizado pelo ICEPi para a formação dos residentes. O conteúdo pode ser adaptado e incrementado, conforme os interesses e necessidades do instituto, e os residentes em Saúde da Família também deveriam contribuir no processo, já que nem todos foram entrevistados nesta pesquisa. Como reforçamos ao longo deste estudo, a participação de quem se objetiva alcançar por meio da iniciativa é essencial.

Os temas foram divididos em três partes: Comunicação e Saúde, Comunicação em tempos de emergência e saúde pública e Comunicação e Territorialidade. Integram cada uma os principais conteúdos a partir dos achados na análise de conteúdo, que chegou às categorias finais das entrevistas com cada grupo e das formações. Essas categorias guiaram o estabelecimento dos tópicos que entraram na formulação do módulo e contemplam o que gestores, residentes e usuários compreendem como importante tratar dentro da Comunicação e Saúde, além de abordagens já presentes na formação e que valem a pena a inclusão aqui e também dos conceitos que autores da Comunicação e Saúde e da Educomunicação consideram relevante.

Todo esse processo de ouvir as pessoas sobre o que entendem a respeito da Comunicação e Saúde e o que gostariam de conhecer em uma formação vai ao encontro do que foi abordado ao longo deste trabalho, da importância de entender as demandas das pessoas antes de criar iniciativas unidirecionais. Também proporcionou que outros temas

aparecessem, como a Inteligência Artificial. O objetivo foi construir uma pesquisa de forma participativa com os principais interessados na formação e nas ações de promoção de saúde.

Orozco (2014) questiona quem determina o que é importante saber e como os cidadãos se representam. A resposta para essas perguntas, conforme preceitos da Comunicação e Saúde e da Educomunicação, está na população. Em quem tem demandas, necessidades e vivências a serem compartilhadas e acolhidas e que pode ser protagonista em seu próprio processo de cuidado em saúde.

REFERÊNCIAS

ALARCÃO, I (org). **Escola reflexiva e nova racionalidade**. Dados eletrônicos. Artmed. Porto Alegre, 2007.

AMBIENTE VIRTUAL DE APRENDIZAGEM DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. AVA-SUS. Tutorial. 2023. Disponível em <<https://avasus.ufrn.br/local/avasplugin/usuario/faq.php>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2025.

ARAÚJO, I. S; CARDOSO, J. M. **Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2007.

ARAÚJO, I. S.; MOREIRA, A. L.; AGUIAR, R. **Doenças negligenciadas, comunicação negligenciada**. Apontamentos para uma pauta política e de pesquisa. RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde, Rio de Janeiro, v. 6, n. 4, supl. 1, 2013.

BAKHTIN, M. **Estética da Criação Verbal**. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

BARBOSA, L. M.; PORTES, L. A. F. A Inteligência Artificial. **Revista Tecnologia Educacional** [on line], Rio de Janeiro, n. 236, p.1627, 2023. ISSN: 0102-5503.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4. ed. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARRY, J. HARDIKER, N. Advancing nursing practice through social media: a global perspective. **OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing**. Vol. 17, N. 3, Manuscrito 5. Disponível em <https://ojin.nursingworld.org/table-of-contents/volume-17-2012/number-3-september-2012/advancing-nursing-through-social-media/>. Acesso em 24 de fevereiro de 2025.

BASTOS, B. G. FERRARI, D. V. Internet e educação ao paciente. **Arquivos Int. Otorrinolaringol.** 15 (4). 2011. Disponível em <https://www.scielo.br/j/aio/a/V564SB4Fsq7R4kkyZkSf7xy/?format=html>. Acesso em 24 de fevereiro de 2025.

BATISTELLA, C. E. C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. *In*: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007. p. 51-86.

BAUER, M. Análise de conteúdo clássica: uma revisão. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 189-217.

BECKER, B; GOES, F. M. A. Fake news: uma definição possível entre a reflexão crítica e a experiência jornalística. **Revista Latinoamericana de Jornalismo**. Ano 7, vol. 7, n.1, p. 34-53, jan/jun. 2020.

BENDING, Z. J. Reconceptualising the Doctor–Patient Relationship: Recognising the Role of Trust in Contemporary Health Care. **Journal of Bioethical Inquiry**, 12(2), 189–202. 2025. Disponível em <https://link.springer.com/article/10.1007/s11673-014-9570-z>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

BENEDICTO, N. M.; MARTINEZ, E. Z.; JORGE, T. M. Uso de imagens de pacientes em redes sociais: como percebem e agem os fonoaudiólogos?. **CoDAS**. 31 (2). 2019. Disponível

em <<https://www.scielo.br/j/codas/a/F8dnpXkPtsrmZkvzP9VchXC/>>. Acesso em 21 de fevereiro de 2025.

BÉVORT, E.; BELLONI, M. L. Mídia-educação: conceitos, história e perspectivas. **Educação & Sociedade**, V. 30, N. 109. Campinas. 2009.

BORBA, V. **Marketing de relacionamento no campo da saúde: o desafio da década**. São Paulo: Jotacê, 2003.

BORDENAVE. J. D. **O que é participação**. São Paulo: Brasiliense, 1983.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Disponível em <[https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986#:~:text=Realizada%20em%201986%2C%20ela%20foi,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20\(SUS\)](https://conselho.saude.gov.br/conferencias-cns/2349-8-conferencia-nacional-de-saude-1986#:~:text=Realizada%20em%201986%2C%20ela%20foi,%C3%A9Anico%20de%20Sa%C3%BAde%20(SUS)>)>. Acesso em 17 de dezembro de 2023.

_____. Constituição Federal de 1988. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em 5 de janeiro de 2024.

_____. Constituição Federal de 1988. Emenda Constitucional nº 85, de 26 de fevereiro de 2015. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/emendas/emc/emc85.htm> Acesso em 13 de janeiro de 2024.

_____. Fórum da Reforma Sanitária Brasileira. O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade. 2006. Disponível em: <<https://cebes.org.br/o-sus-pra-valer-universal-humanizado-e-de-qualidade/>>. Acesso em 24 de dezembro de 2023.

_____. Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981. Dispõe sobre as atividades do médico residente e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1981. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6932.htm>.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1990.

_____. Lei nº 10.973, de 02 de dezembro de 2004. Dispõe sobre incentivos à inovação e à pesquisa científica e tecnológica no ambiente produtivo e dá outras providências. Disponível

em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.973.htm>. Acesso em 14 de janeiro de 2024.

_____. Lei nº 11.129, de 30 de junho de 2005. Institui o Programa Nacional de Inclusão de Jovens – ProJovem; cria o Conselho Nacional da Juventude – CNJ e a Secretaria Nacional de Juventude; altera as Leis nº s 10.683, de 28 de maio de 2003, e 10.429, de 24 de abril de 2002; e dá outras providências. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2005.

_____. Lei nº 12.965. Disponível em <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/112965.htm>. Acesso em 9 de janeiro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. 2017. Estratégia Saúde da Família. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/estrategia-saude-da-familia>>. Acesso em: 19 de outubro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. 2021. Maior sistema público de saúde do mundo, SUS completa 31 anos. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/setembro/maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo-sus-completa-31-anos#:~:text=Garantido%20no%20artigo%20196%20da,para%20qualquer%20atendimento%20de%20sa%C3%BAde.>>>. Acesso em 05 de dezembro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. 2021. Pró-Residência Médica e Programa Nacional de Bolsas para Residências Multiprofissionais e em Área Profissional. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/pro-residencias>>. Acesso em 14 de janeiro de 2024.

_____. Ministério da Saúde, 2020. Residências em Saúde. Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude>>. Acesso em: 10 de julho de 2023.

_____. Ministério da Saúde. 2023. Residências em Área Profissional da Saúde (Multiprofissional e Uniprofissional). Disponível em <<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/sgtes/residencias-em-saude/residencia-em-area-profissional-da-saude>>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 198, de 13 de fevereiro de 2004. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 2012. Disponível em <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 19 de fevereiro de 2025.

_____. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. Secom/PR. Estratégia Brasileira de Educação Midiática (Ebem). Brasília, DF. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. A educação permanente entra na roda: polos de Educação Permanente em Saúde: conceitos e caminhos a percorrer. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde: o que se tem produzido para o seu fortalecimento? Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

_____. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. Secom/PR. Estratégia Brasileira de Educação Midiática (Ebem). Brasília, DF. Secretaria de Comunicação Social da Presidência da República. 2023.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Geral. Secretaria de Recursos Humanos. I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Relatório Final. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1986.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Conselho Nacional de Saúde. 10ª Conferência Nacional de Saúde. Relatório Final. Brasília, DF. Ministério da Saúde, 1998. Disponível em <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/relatorios/relatorio-final-da-10a-conferencia-nacional-de-saude/view>. Acesso em 16 de novembro de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde. 2 ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. SUS celebra 30 anos da Estratégia Saúde da Família. 2024. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/abril/sus-celebra-30-anos-da-estrategia-saude-da-familia>. Acesso em 19 de fevereiro de 2025.

BUENO, W. C. Comunicação e promoção da saúde no Brasil. *In*: BAGRICHEVSKY, M; ESTEVÃO, A.; PALMA, A. **A saúde em debate na Educação Física**. Ilhéus/BA: Editora da UESC, 2007.

CALDARELLI, P. G. A importância da utilização de práticas de metodologias ativas de aprendizagem na formação superior de profissionais da saúde. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 175-178, jan-jun. 2017. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/26308>. Acesso em 25 de fevereiro de 2025.

CAMPOS, K. F. C.; SENA, R. R.; SILVA, K. L. Educação permanente nos serviços de saúde. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1-10, 2017.

CAPONI, S. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciências e Saúde – Manguinhos**, IV(2): 287-307, jul-out., 1997.

CARDOSO, M. L.; COSTA, P. P.; COSTA D.M. *et al.* A Política Nacional de Educação Permanente em Saúde nas Escolas de Saúde Pública: reflexões a partir da prática. **Ciênc. Saúde Colet.** **22** (5). 2017. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/jsqG5T5c4jcX8LKxyds3dYH/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em 24 de novembro de 2024.

CARDOSO, M. R. G.; OLIVEIRA, A. G. S.; GHELLI, K. G. M. Análise de Conteúdo: uma metodologia de pesquisa qualitativa. *Cadernos da Fucamp*, v.20, n.43, p.98-111. 2021. Disponível em <<https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2347>>. Acesso em 15 de fevereiro de 2025.

CARDOSO, J.M; ROCHA, R.L. Interfaces e desafios comunicacionais do Sistema Único de Saúde. **Cienc Saude Colet.** 2018; 23 (6): 1871-9. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/pTXBdCDZGJGbpX93xQd3gGK/#ModalTutors>>. Acesso em 18 de novembro de 2024.

CASA DE OSWALDO CRUZ. COC. Pós-Graduação em Divulgação da Ciência, Tecnologia e Saúde. Disponível em <<https://www.coc.fiocruz.br/cursos/ppgdc/>>. Acesso em 3 de novembro de 2024.

CARVALHO, S. A. Os desafios da comunicação interpessoal na saúde pública brasileira. **Revista Sumário.** Ano 9, Números 16/17. 2012. Disponível em <<https://www.revistas.usp.br/organicom/article/view/139141/134493>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2025.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação.** v.9, n.16, p. 161-77, 2004.

CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL. Uninter. Gestão de Comunicação em Saúde. Disponível em <<https://www.uninter.com/pos-graduacao/a-distancia/gestao-de-comunicacao-em-saude/>>. Acesso em 09 de dezembro de 2024.

CEZAR, D. M.; DA COSTA, M. R.; MAGALHÃES, C. R. Educação à Distância como estratégia para a educação permanente em saúde? *EmRede - Revista de Educação à Distância*, 4(1), 106-115. 2017.

CHANDRA, S.; MOHAMMADNEZHAD, M.; WARD, P. Trust and Communication in a Doctor- Patient Relationship: A Literature Review. *Journal of Healthcare Communications*, 03(03). 2018. Disponível em <

CHRISTOFOLETTI, R. Padrões de manipulação no jornalismo brasileiro: fake news e a crítica de Perseu Abramo 30 anos depois. *Revista Rumores*, São Paulo, n. 23, v. 12, jan/jun. 2018.

COLARES, K. T. P.; OLIVEIRA, W. Metodologias Ativas na formação profissional em saúde: uma revisão. **Revista Sustinere**. V. 6. N. 2, p. 300 - 320. Rio de Janeiro, 2018.

COMITÊ GESTOR DA INTERNET NO BRASIL. CGI.br. Pesquisa sobre o uso das tecnologias da informação e comunicação nos domicílios brasileiros: Pesquisa TIC Domicílios, ano 2022. São Paulo: CGI.br, 2023. Disponível em <https://cetic.br/media/analises/tic_domicilios_2022_coletiva_imprensa.pdf>. Acesso em 04 de fevereiro de 2025.

CONSANI, M. A.; **Educomunicação: o que é e como fazer**. São Paulo. Contexto, 2024.

CONSANI, M. A.; MORAIS, H. M. Educomunicação e saúde: uma relação ainda por ser construída. *In XXXIX Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, 2016, São Paulo.

CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA. Confef. Resoluções. 2015. Disponível em <<https://confef.org.br/confef/resolucoes/381>>. Disponível em 23 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Cofen. Resolução Cofen nº 311/2007. 2007. Disponível em <<https://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007/>>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA. CFF. Resolução nº 724. 2022. Disponível em <<https://site.cff.org.br/legislacao>>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. Coffito. Código de Ética e Deontologia da Fisioterapia. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2346>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE FONOAUDIOLOGIA. CFFa. Código de Ética da Fonoaudiologia. 2021. Disponível em <<https://fonoaudiologia.org.br/legislac%CC%A7a%CC%83o/codigo-de-etica/>>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. CFN. Resolução CFN nº 599. 2018. Disponível em <<http://sisnormas.cfn.org.br:8081/viewPage.html?id=599>>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. CFO. Código de Ética Odontológica. 2012. Disponível em <<https://website.cfo.org.br/codigos/>>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. CPF. Código de Ética Profissional do Psicólogo. 2005. Disponível em <<https://site.cfp.org.br/legislacao/codigo-de-etica/>>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. CFESS. Código de Ética do/a Assistente Social. 2011. Disponível em <<https://www.cfess.org.br/visualizar/menu/local/regulamentacao-da-profissao>>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

CONSELHO FEDERAL DE TERAPIA OCUPACIONAL. Coffito. Código de Ética. 2013. Disponível em <https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=3386>. Acesso em 28 de janeiro de 2025.

COSTA, M. C. C.; ROMANINI, V. A educomunicação na batalha contra as fake news. *Revista Comunicação e Educação*, São Paulo, n. 2, v. 24, 2019.

D'ARCADIA, J. G. C. F. S.; CARVALHO, J. M. As novas territorialidades da informação e o não lugar da notícia. *In: Comun. Mídia Consumo*, São Paulo, V. 17, N. 50, P. 522-535, Set./Dez. 2020. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/194358/darcaia_jgcfs_vers%c3%a3ododitor_bauru_novas.pdf?sequence=3&isAllowed=y>. Acesso em 09 de fevereiro de 2023.

DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA sobre cuidados primários. In: Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, Alma-Ata. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf>. Acesso em 13 de janeiro de 2024.

DE MATOS, M. C. (Des)informação nos serviços de saúde em tempos de pandemia da Covid-19: uma questão ética e uma requisição enviesada ao trabalho de assistentes sociais. **Revista Em Pauta: Teoria Social e Realidade Contemporânea**, 19(48). 2021. Disponível em <<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revistaempauta/article/view/60300>>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

DE MELO, R. H. V.; DE MELO, M. L. DE VILAR, R. L. A. Análise de redes sociais: a reciprocidade entre usuários e profissionais na Estratégia Saúde da Família. **Revista Ciência Plural**. 2018;4(1):22-35. Disponível em <<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/13626/9818>>. Acesso em 22 de fevereiro de 2025.

DESLANDES, S.F.; MITRE, R.M.A. Processo comunicativo e humanização em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.13, supl.1, p.641-9, 2009. Disponível em <<https://www.scielo.org/pdf/icse/2009.v13suppl1/641-649/pt>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2025.

DUARTE, J. Sobre a emergência do(s) conceito(s) de Comunicação Pública. In KUNSCH, M. M. K. **Comunicação Pública, Sociedade e Cidadania**. Difusão Editora. Rio de Janeiro: 2011. Disponível em <<https://abcpública.org.br/wp-content/uploads/2021/02/Sobre-a-Emerg%C3%Aancia-do-conceito-de-Comunica%C3%A7%C3%A3o-P%C3%BAblica.pdf>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2025.

_____. Assessoria de Imprensa no Brasil. In DUARTE, J. (org). **Assessoria De Imprensa e Relacionamento com a Mídia: Teoria e Técnica**. Atlas. Barueri: 2002. Disponível em <https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/32574788/Assessoria_de_Imprensa_no_Brasil_2011-1ibre.pdf?1391158147=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DAssessoria_de_Imprensa_no_Brasil.pdf&Expires=1740746963&Signature=gmswXkwzyqYQOGfnAAiRbijQrN0J94qelhn0bt939G0dMy5q~A7uaS451GfGZ-mcGqwhStlFKCORwJRjYIx2VVctaSuuQMTzZoWMwsZ-W~oNT8e0BUTJEjkwqu-DRieNIODrszyQLqIZhZ9ErRRB0uS2lwCB1yCw0ojX9FaUbyyGJnsZgRjVn9ygpSiBl-PsF9sga3w7ckPEefW5Ow8Cyl-qKzRPfVi2DrEO LJXAMm16ecuzfHCasOLdjWoLSVGk6fcfClCji3xUmIxt6A7OPXEwxPtU2sN75LBT9tM85WiAZQclKX-B7qzx5AXEL9miI4a0dvFpOrgdpIGYZ4Z9g__&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA>. Acesso em 28 de fevereiro de 2025.

EPSTEIN, I. **Comunicação e Saúde Pública: um projeto integrado**. PCLA, São Bernardo do Campo, v.2, n.2, 2001, p. 159 - 186.

ESPÍRITO SANTO. Lei Complementar nº 909, de 30 de abril de 2019. Espírito Santo, Diário Oficial do Estado, 2019.

_____. Portaria Nº 015-R, de 23 de outubro de 2020. Regimento Interno dos Programas de Residências Multiprofissionais do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde. Diário Oficial do Estado do Espírito Santo. Vitória, Espírito Santo. 23 de out. de 2020.

FACULDADE METROPOLITANA DO ESTADO DE SÃO PAULO. Famesp. Curso Online de Comunicação e Promoção em Saúde. Disponível em <https://www.estudesemfronteiras.com/cursos-online/saude/comunicacao-e-promocao-em-saude-180-horas?gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw-ai0BhDPArisAB6hmP7Btu2wUyW_atcmKCV2I4J_0nJXxcRwzYA92VEkqRh_2DHkwI92UdMaAqleEALw_wcB>. Acesso em 09 de dezembro de 2024.

FIGARO, R. Introdução. *In: Comunicação e análise do discurso*. São Paulo: Contexto, 2015.

FISCHER, D. **O direito de comunicar: expressão, informação e liberdade**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

FOSSÁ, M. I. T. Proposição de um constructo para análise da cultura de devoção nas empresas familiares e visionários. 2003. Tese (Doutorado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

FRANÇA, F. Subsídios para o estudo do conceito de relações públicas no Brasil. **Comunicação & Sociedade**. São Bernardo do Campo: Póscom-Umesp, a. 24, n. 39, p.127-154, 1o. sem. 2003.

FRANÇA, T.; RABELLO, E. T.; MAGNAGO, C. As mídias e as plataformas digitais no campo da Educação Permanente em Saúde: debates e propostas. **Saúde em Debate**, 43(1), 106-115. 2019.

FRANÇA, V.V. O objeto e a pesquisa em comunicação: uma abordagem relacional. *In* LOPES, M. I. V; MOURA, C. P. **Pesquisa em Comunicação: Metodologias e Práticas Acadêmicas**. Porto Alegre. EDIPUCRS, 2016. p. 153 - 174.

FREIRE, N. P. Divulgação científica imuniza contra desinformação. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, 2021. Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csc/a/7NLt9By9mcQVTh8NhFtXZ3s/?lang=pt#>>. Acesso em 4 de julho de 2024.

FREIRE, P. **Educação como prática de liberdade**. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1999.

_____. **Extensão ou comunicação?** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.

_____. **Pedagogia da autonomia**. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Pedagogia do oprimido**. São Paulo: Paz e Terra, 1987.

FSB. Comunicação Digital: entenda o que é e suas tendências. 2020. Disponível em <<https://www.fsb.com.br/noticias/comunicacao-digital/>>. Acesso em 23 de fevereiro de 2025.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Fiocruz. Participação Social. 2023. Disponível em <<https://pensesus.fiocruz.br/participacao-social>>. Acesso em: 11 de julho de 2023.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. UNFPA Brasil. Quem somos. 2000. Disponível em <<https://brazil.unfpa.org/pt-br/quem-somos#:~:text=O%20Fundo%20de%20Popula%C3%A7>

[%C3%A3o%20das,reprodutiva%20e%20igualdade%20de%20g%C3%AAnero.>](#) Acesso em 02 de fevereiro de 2025.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. *In*: BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som**. Petrópolis: Editora Vozes, 2000. p. 64 - 89.

GOZGOR, G. Global Evidence on the Determinants of Public Trust in Governments during the COVID-19. *Applied Research in Quality of Life*. 2021. Disponível em <<https://link.springer.com/article/10.1007/s11482-020-09902-6>>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

INSTITUTO CAPIXABA DE ENSINO, PESQUISA E INOVAÇÃO EM SAÚDE. ICEPi, 2023. III Mostra dos Projetos Aplicativos dos Programas de Residências em Saúde recebe mais de 30 trabalhos. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/iii-mostra-dos-projetos-aplicativos-dos-programas-d-e-residencias-em-saude-recebe-mais-de-30-trabalhos>>. Acesso em 14 de janeiro de 2024.

_____. ICEPi, 2024c. Edital seleciona profissionais para atuação no Apoio Institucional. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/edital-seleciona-profissionais-para-atuacao-no-apoi-o-institucional>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

_____. ICEPi, 2024d. Estado integra Câmara Técnica do Conselho Nacional da Saúde para discutir a Formação Profissional. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/estado-integra-camara-tecnica-do-conselho-nacional-da-saude-para-discutir-a-formacao-profissional>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

_____. ICEPi. 2023b. Estado recebe profissionais da Itália e compartilha experiências de educação permanente implantadas no SUS. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/estado-recebe-profissionais-da-italia-e-compartilha-experiencias-de-educacao-permanente-implantadas-no-sus>>. Acesso em 19 de janeiro de 2024.

_____. ICEPi, 2024. Estado supera a média nacional de cobertura da Atenção Primária à Saúde. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/estado-supera-a-media-nacional-de-cobertura-da-atencao-primaria-a-saude>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

_____. ICEPi. 2024b. ICEPi fecha 2024 com importantes conquistas e projetos em destaque na saúde pública. Disponível em

<<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/icepi-fecha-2024-com-importantes-conquistas-e-projetos-em-destaque-na-saude-publica>>. Acesso em 31 de janeiro de 2025.

_____. ICEPi, 2023c. Governo do Estado forma profissionais nos Programas de Residências em Saúde. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/governo-do-estado-forma-profissionais-nos-programas-de-residencias-em-saude>>. Acesso em 14 de janeiro de 2023.

_____. ICEPi, 2025. Membros dos Programas de Residências do ICEPi iniciam especializações pelo Hospital Sírio Libanês em parceria com o Ministério da Saúde. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/membros-dos-programas-de-residencias-do-icepi-iniciam-especializacoes-pelo-hospital-sirio-libanes-em-parceria-com-o-ministerio-da-saude>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

_____. ICEPi, 2024. Ministério da Educação aprova cinco novos Programas de Residências no Estado. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/ministerio-da-educacao-aprova-cinco-novos-programas-residencias-do-estado>>. Acesso em 14 de janeiro de 2024.

_____. ICEPi, 2025b. Notícias. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/noticias>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

_____. Portaria nº 015-R, de 23 de outubro de 2020. Diário Oficial do Estado. Espírito Santo.

_____. ICEPi, 2022. Programa Estadual de Qualificação da Atenção Primária. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/programa-estadual-de-qualificacao-da-atencao-primaria-a-saude-qualifica-aps-residencias-2022>>. Acesso em 25 de junho de 2023.

_____. ICEPi, 2022. Programas de Residências Médicas e Multiprofissionais. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/programas-de-residencias-medicas-e-multiprofissionais-2022>>. Acesso em: 25 de junho de 2023.

_____. ICEPi, 2022. Programa de Residência Multiprofissional em Cuidados Paliativos. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-cuidados-paliativos>>. Acesso em: 01 de julho de 2023.

_____. ICEPi, 2022. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva. Disponível em

<<https://icepi.es.gov.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-saude-coletiva>>.

Acesso em: 01 de julho de 2023.

_____. ICEPi, 2022. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em

<<https://icepi.es.gov.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-saude-da-familia>>.

Acesso em: 01 de julho de 2023.

_____. ICEPi, 2023. Programas de Residências Multiprofissionais em Saúde do SUS Capixaba são apresentados em Fórum Internacional. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/programas-de-residencias-multiprofissionais-em-saude-do-sus-capixaba-sao-apresentados-em-forum-internacional>>. Acesso em 14 de janeiro de 2024.

_____. ICEPi, 2022. Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Mental. Disponível em

<<https://icepi.es.gov.br/programa-de-residencia-multiprofissional-em-saude-mental>>.

Acesso em: 01 de julho de 2023.

_____. ICEPi, 2024e. Projeto Político Pedagógico: Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Disponível em

<https://app.wiki.saude.es.gov.br/icepi/residencia/residencia-multi-uni/fotos/sf/ppp_prmsf_2024.pdf>. Acesso em 25 de fevereiro de 2025.

_____. ICEPi, 2024b. Qualifica-APS apresenta ações no 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem de Família e Comunidade. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/qualifica-aps-apresenta-acoes-no-1o-congresso-brasileiro-de-enfermagem-de-familia-e-comunidade>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

_____. ICEPi, 2022. Quem Somos. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/quem-somos-2022>>. Acesso em: 01 de julho de 2023.

_____. ICEPi, 2024. Saúde recebe novos residentes em 15 Programas de Residências. <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/saude-recebe-novos-residentes-em-15-programas-de-residencias>>. Acesso em: 26 de julho de 2024.

_____. ICEPi, 2024c. Trabalhos de Conclusão das Residências em Saúde são apresentados durante o mês de janeiro. Disponível em <<https://icepi.es.gov.br/Not%C3%ADcia/trabalhos-de-conclusao-das-residencias-em-saude-sao-apresentados-durante-o-mes-de-janeiro>> Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

INSTITUTO DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLÓGICA EM SAÚDE. ICICT. Comunicação e Saúde. Disponível em <<https://www.iciet.fiocruz.br/comunicacao-e-saude#:~:text=O%20curso%20de%20Atualiza%C3%A7%C3%A3o%20em,se%20a%20pensar%20a%20sa%C3%BAde>>. Acesso em 19 de agosto de 2024.

_____. ICICT. Especialização em Comunicação e Saúde. Disponível em <<https://portal.fiocruz.br/especializacao-em-comunicacao-e-saude>>. Acesso em 3 de novembro de 2024.

_____. ICICT. O Programa. Disponível em <<https://ppgics.iciet.fiocruz.br/institucional/apresenta%C3%A7%C3%A3o>>. Acesso em 3 de novembro de 2024.

GOMES, D. C. A.; MORAES, H. J. P.; RIBEIRO, R. R. “Imaginário das covas”: pandemia, desinformação e a saturação do cotidiano midiático. In: LARANGEIRA, A. N. et al. **Pandemia e (des)informação: mídia, imaginário e memória**. Porto Alegre: Editora Sulina; 2023.

GOTTLIEB, L. Da leitura crítica dos meios de comunicação à educomunicação. **Revista Trama Interdisciplinar**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 97-113, 2010.

HOBBS, R. *Pedagogical issues in U.S. media education*. In DEETZ, S. (Ed). **Communication yearbook** 17. Londres: Sage, 1997. p. 450 - 457.

JACKIW, E.; HARACEMIV, S. M. C. Educomunicação e alfabetização midiática: diálogos freireanos na América Latina. **Práxis Educativa**, [S. l.], v. 16, p. 1–21, 2021. Disponível em: <<https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/16614>>. Acesso em 28 de julho de 2024.

JONASSEN, D. H. *Instructional design models for well-structured and III-structured problem-solving learning outcomes*. **Educ Tech Res Dev**..1997;45(1):65-94.

KUNSCH, M. M. K. **Planejamento de relações públicas na comunicação integrada**. São Paulo: Summus, 2003.

LEITE, L. R. T.; CANTO F. F. Fake news e “viralização”: responsabilidade legal na disseminação de desinformação. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, São Paulo. v. 15, n. esp, 2019.

LEMOS, A. S. P.; DUTRA, E. B.; REZENDE, M. J. Tecnologias digitais para a Educação Permanente em Saúde: uma revisão de escopo de experiências nacionais. In GUIZARDI, F.

L.; DUTRA, E. D.; PASSOS, M. F. D. **Em mar aberto: perspectivas e desafios para o uso de tecnologias digitais na Educação Permanente em Saúde**. Porto Alegre: Rede Unida, 2021.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais da Saúde. **Interface- Comunicação, Saúde, Educação**. Vol. 9, nº 17, pág. 369-79, mar/ago. 2005. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/icse/a/SyGLRpTYVbwm7sTgTfK6V8n/?format=pdf&lang=pt>>.

Acesso em 25 de fevereiro de 2025.

LIMA, V. V. Espiral construtivista: uma metodologia ativa de ensino-aprendizagem. **Interface** (Botucatu), Botucatu, v. 21, n. 61, p. 421-434, Jun. 2017. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832017000200421&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 25 de fevereiro de 2025.

MACHADO, D; LACERDA, J. Educomunicação comunitária em saúde atuando na prevenção das DST/AIDS. *Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación*. [S. l.], v. 10, n. 19, 2014. Disponível em:

<<https://revista.pubalaic.org/index.php/alaic/article/view/148>>. Acesso em 17 janeiro de 2024.

MANSUR, V.; GUIMARÃES, C.; CARVALHO, M.S.; LIMA, L.D.; COELI, C.M. Da publicação acadêmica à divulgação científica. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2021.

Disponível em <<https://www.scielo.br/j/csp/a/FtDTDQBy7RLbdXhBBfKSZXXx/>>. Acesso em 4 de julho de 2024.

MARTÍN-BARBERO, J. **Ofício de cartógrafo: travessias latino-americanas da comunicação na cultura**. São Paulo: Loyola, 2004.

MARTINO, L. C. Além de verdade e mentira: fake-news, desinformação e notícia como formas de conhecimento. *In: 45º Congresso Brasileiro de Ciências da Comunicação*, 2022, João Pessoa.

MARTINS, M. L. Pandemia e informação - o caso português. *In: LARANGEIRA, A. N.et al. Pandemia e (des)informação: mídia, imaginário e memória*. Porto Alegre: Editora Sulina; 2023.

MARTINUZZO, J. A; TESSAROLO, M (org.). **Comunicação e Territorialidades: as pesquisas inaugurais do primeiro Programa de Pós-Graduação em Comunicação do Espírito Santo**. Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo; 2016

MATTELART, A. A construção social do direito à comunicação como parte integrante dos direitos humanos. *Revista Brasileira de Ciências da Comunicação*, 32 (1): 33-50, 2009.

MCCARTHY, John. *What is Artificial Intelligence*. Stanford: *Stanford University*, 2007

MECHANIC, D.; SCHLESINGER, M. The impact of managed care on patients' trust in medical care and their physicians. *JAMA*, 275(21), 1693–1697. 1996. Disponível em <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8637148>>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

MORAES, E. C.; CARNEIRO, E. M. A evolução do jornalismo na divulgação científica. In: VOGT, C.; GOMES, M.; MUMIZ, R. (org.). **Com ciência e divulgação científica**. Campinas: BCCL/UNICAMP, 2018. p. 189-198.

MORAES, R. Análise de conteúdo. **Revista Educação**, Porto Alegre, RS, v. 22, n. 37, p. 7-32, 1999. Disponível em <<http://pesquisaeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/etch/60815562/Analise%20de%20conte%C3%BAdo.pdf>>. Acesso em 06 de março de 2025.

MONKEN, M. GONDIM, G. M. M. Território: lugar onde a vida acontece. EPSJV, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <<https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/39428>>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

MUNIZ, E. Publicidade e propaganda: origens históricas. **Cadernos Universitários: Introdução à Publicidade e Propaganda**, Ulbra, Canoas, v. 1, n. 148, p. 51 –63, 2004. Disponível em <<https://portalidea.com.br/cursos/8a49aa15acbede18da481d6167a78281.pdf>>. Acesso em 28 de fevereiro de 2025.

MUSSE, C.; MUSSE, M; TAVARES, D. Faça a coisa certa: estratégias e retóricas do jornalismo nos embates contra o negacionismo e fake news. In: LARANGEIRA, A. N. et al. **Pandemia e (des)informação: mídia, imaginário e memória**. Porto Alegre: Editora Sulina; 2023.

NISHIZIMA, P. S. ARAÚJO, W. M. Educomunicação e saúde: interseções a partir do projeto DiverSUS. In SOARES, I. O.; VIANA, C.; PRANDINI, P. D. Educomunicação, transformação social e desenvolvimento sustentável. **ABPEducom**. São Paulo. 2020. Disponível em <<https://abpeducom.org.br/publicacoes/index.php/portal/catalog/view/25/19/731-1>>. Acesso em 29 de janeiro de 2025.

OBSERVATÓRIO DA IMPRENSA. Novos rumos para o direito à comunicação, 2004. Disponível em:

<<https://www.observatoriodaimprensa.com.br/educacao-e-cidadania/caderno-da-cidadania/novos-rumos-para-o-direito-a-comunicacao/>> Acesso em 6 de janeiro de 2024.

OLIVEIRA, V. C. A comunicação midiática e o Sistema Único de Saúde. Interface – Comunic, Saúde, Educ, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 71-80, 2000.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. ONU. Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Disponível em:

<<https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>>. Acesso em: 02 de janeiro de 2023.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A EDUCAÇÃO, A CIÊNCIA E A CULTURA. Unesco. Constituição da Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. 2002. Disponível em

<<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000147273>>. Acesso em 07 de fevereiro de 2025.

_____. Unesco. Declaração de Grunwald sobre a Educação para a Mídia. In Simpósio Internacional de Educação em Mídia, Grünwald, Alemanha, 1982.

_____. Unesco. *Safeguarding freedom of expression and access to information: guidelines for a multistakeholder approach in the context of regulating digital platforms*. 2023.

Disponível em <<https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000384031>>. Acesso em 07 de fevereiro de 2025.

_____. Unesco. UNESCO World Conference on Cultural Policies and Sustainable Development – MONDIACULT 2022. Disponível em

<<https://www.unesco.org/en/articles/unesco-world-conference-cultural-policies-and-sustainable-development-mondiacult-2022?hub=758>>. Acesso em 07 de fevereiro de 2025.

OROZCO, G.G. **Educação: recepção midiática, aprendizagem e cidadania**. São Paulo: Paulinas, 2014.

PAIM, J. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009.

PAGANI, R.; DE ANDRADE, L. O. M. Preceptoria de território, novas práticas e saberes na estratégia de educação permanente em saúde da família: o estudo do caso de Sobral, CE. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, 21 (suppl 1), 2011. Disponível em

<<https://www.scielo.br/j/sausoc/a/byyKGqxL4tvNXY6PDxbcdQH/>>. Acesso em 17 de fevereiro de 2025.

PERUZZO, C. M. K. Comunicação Comunitária e Educação para a Cidadania. **Comunicação & Informação**, Goiânia, Goiás, v. 2, n. 2, p. 205–228, 2013. DOI: 10.5216/c&i.v2i2.22855. Disponível em: <<https://revistas.ufg.br/ci/article/view/22855>>. Acesso em: 18 de janeiro de 2024.

PINTO, P. A.; CARVALHO, E. M. O enfrentamento à desinformação sobre saúde pública no Brasil: Registros entre 2020 e 2022. **Revista Ecopos**, Rio de Janeiro, n. 1, v. 26, 2023.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS. PUC Minas. Comunicação em Saúde. 2023. Disponível em <<https://vemprapuc.pucminas.br/comunicacao-em-saude>>. Acesso em 14 de novembro de 2024.

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE. PPGICS. Disciplinas eletivas de inverno do PPGICS oferecem vagas para alunos externos. Disponível em <<https://ppgics.iciet.fiocruz.br/not%C3%ADcias/disciplinas-eletivas-de-inverno-do-ppgics-oferecem-vagas-para-alunos-externos>>. Acesso em 14 de novembro de 2024.

RECUERO, R. **Introdução à análise de redes sociais**. Salvador: EDUFBA, 2017

_____.; BASTOS, M.; ZAGO, G. **Análise de redes para mídia social**. Porto Alegre: Sulina, 2015.

_____. *et al.* **Desinformação, mídia social e COVID-19 no Brasil: relatório, resultados e estratégias de combate**. Pelotas: Relatório de Pesquisa, 2021. v. 1.

REIS, R. Propostas para um programa de estudos sobre comunicação e territorialidades. *In*: REIS, R. ZANETTI, D. (org.). **Comunicação e Territorialidades: poder e cultura, redes e mídia**. Vitória: Edufes, 2017. Disponível em: http://repositorio.ufes.br/bitstream/10/6841/1/Comunica%C3%A7%C3%A3o%20e%20territorialidades_poder%20e%20cultura%2C%20redes%20e%20m%C3%ADdias.pdf. Acesso em 07 de fevereiro de 2023.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA J. I. J. Educação Permanente como estratégia na reorganização dos serviços. **Divulgação em Saúde para Debate**, 1996; 12:39-44.

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

ROCHA, R. M.; PADILHA, M. A. Um debate possível: o saber fazer da promoção da saúde. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde**, Vitória, v. 18, n. 4, p. 4-6, 2016.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio e de pesquisa em administração: guias para estágios, trabalhos de conclusão, dissertações e estudos de caso**. São Paulo: Atlas, 1999.

ROMANINI, A. V. FORNI, D. A educomunicação e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável da ONU. In MORAES, C. H. KOFFERMANN, M. RADDATZ, V. L. S. (Orgs). **Educomunicação para democracia e cidadania**. Brasília: EDEBE Brasil. 2023.

ROMÃO, L. C. R. Educomunicação e participação cidadã de adolescentes e jovens no Brasil. 2016. Dissertação (Mestrado em Interfaces Sociais da Comunicação.) - Escola de Comunicações e Artes, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016. Disponível em: <www.teses.usp.br/teses/disponiveis/27/27154/tde-08052017-110529/pt-br.php>. Acesso em 29 de janeiro de 2025.

SACK, R. D. O significado de territorialidade. In: DIAS, L.C; FERRARI, M. (org.). **Territorialidades Humanas e Redes Sociais**. Florianópolis: Insular; 2013.

SANTOS, M. **O espaço do cidadão**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo; 2007.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. SES-SP. Educom.Saúde SP. 2022. Disponível em <<https://saude.sp.gov.br/coordenadoria-de-controle-de-doencasveteros/conteudo-do-banner-central/educom-saude-sp>>. Acesso em 21 de janeiro de 2025.

SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. UNA-SUS. Conheça a UNA-SUS. 2013. Disponível em <<https://www.unasus.gov.br/institucional/unasus>>. Acesso em 14 de fevereiro de 2025.

SOARES, I. O. Analista e gestor de processos comunicacionais. In: Bacega, M. A. (Org.). **Comunicação e cultura: um novo profissional**. São Paulo. CCA, ECA, USP, 1993, p. 23-29.

_____. **Uma educomunicação para a cidadania**. São Paulo: Terceira Margem, 2003.

_____. Comunicação/Educação: A emergência de um novo campo e o perfil de seus profissionais. **Revista Brasileira de Comunicação, Arte e Educação**. Ano 1, nº 2; Brasília: Senado Federal, 1999.

_____. Conceito, 2017. Disponível em <<https://abpeducom.org.br/educom/conceito/#:~:text=A%20Educomunica%C3%A7%C3%A>

[3o%20%C3%A9%20entendida%20pela,dos%20recursos%20da%20comunica%C3%A7%C3%A3o%20suas](#)> Acesso em 17 de janeiro de 2024.

_____. Do santo ofício à libertação: o discurso e a prática do Vaticano e da Igreja Católica no Brasil sobre a comunicação social. São Paulo: Edições Paulinas, 1988b.

_____. Educomunicação: as múltiplas tradições de um campo emergente de intervenção social na Europa, Estados Unidos e América Latina. In LIMA, J. C. G. R.; MELO, J. M. **Panorama da comunicação e das telecomunicações no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013.

_____. Educomunicação: o conceito, o profissional, a aplicação: contribuições para a reforma do ensino médio. São Paulo: Paulinas. 3ª ed. 2014.

_____; MACHADO, E. S. Educomunicação: ou a emergência do campo da inter-relação Comunicação/Educação. In XVIII Congresso de Ciências da Comunicação na Região Nordeste, 2016, Caruaru.

SOARES, P *et al.* Factors Associated with COVID-19 Vaccine Hesitancy. *Vaccines*, 9(3), 300. 2021. Disponível em <<https://www.mdpi.com/2076-393X/9/3/300>>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

SOPECZIK, D. L. Technology in education. In: Bastable S. B. **Essentials of patient education**. Sudbury: Jones and Bartlett, 2006.

SOUZA, R. B. R. “Fake news”, pós-verdade e sociedade do capital: o irracionalismo como motor da desinformação jornalística. *Revista Famecos*, Porto Alegre, n. 3, v. 26, 2019.

STEVANIM, L.F; MURTINHO, R. **Direito à Comunicação e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2021.

TANGCHAROENSATHIEN, V. Framework for Managing the COVID19 Infodemic: Methods and Results of an Online, Crowdsourced WHO Technical Consultation. *Journal of Medical Internet Research*. 2020. Disponível em <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32558655>>. Acesso em 23 de janeiro de 2025.

TORRES, R. Territorialização em saúde. ESPJV, Fiocruz. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em <<https://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/dicionario-jornalistico/territorializacao-em-saude>>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. USP. Júpiter - Sistema de Gestão Acadêmica da Pró-Reitoria de Graduação. Disponível em <<https://uspdigital.usp.br/jupiterweb/obterDisciplina?sgldis=5801202&codcur=58012&codhab=0>>. Acesso em 09 de dezembro de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. UFCSPA. Lista de disciplinas eletivas ofertadas em 2024/2. Disponível em <<https://portalaluno.ufcspa.edu.br/aluno/login.action?error=>>. Acesso em 14 de novembro de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. Ufes. Comunicação em tempos de emergências em saúde: estratégias para os territórios. Disponível em <<https://mooc.ufes.br/cursos/comunicacao-em-tempos-de-emergencias-em-saude-estrategias-para-os-territorios/?fbclid=IwAR15Hp-WM2DOFcTIDpQp0S34tUlbBdpl-3FHZR93JDX8EGMcVC6PdsSnxbg%C2%A0>>. Acesso em 17 de novembro de 2024.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. Unirio. Graduação. Disponível em <<https://www.unirio.br/ccbs/nutricao/graduacao>>. Acesso em 17 de novembro de 2024.

VALLA, V. V. Sobre participação popular: uma questão de perspectiva. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, p. 7-18, 1998. Suplemento 2.

VERGARA, S. C. **Método de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2005.

WIKI SAÚDE ES. Residências Multi e Uniprofissionais. 2024. Disponível em <<https://app.wiki.saude.es.gov.br/pt-br/icepi/residencia/residencia-multi-uniprofissionais>>. Acesso em 20 de janeiro de 2025.

WOITOWICZ, K. J. MIANI, R. A. A presença da comunicação popular, comunitária e alternativa nos estudos e pesquisas em Comunicação no Brasil. In LIMA, J. C. G. R.; MELO, J. M. **Panorama da comunicação e das telecomunicações no Brasil**. Brasília: Ipea, 2013.

WOLTON, D. **Informar não é comunicar**. Porto Alegre: Sulina; 2010

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre. Bookman, 2010.

ZAMBONI, L. M. S. **Heterogeneidade e Subjetividade no Discurso da Divulgação Científica**. Tese (Doutorado em Linguística) - Instituto de Estudos da Linguagem, Universidade Estadual de Campinas. São Paulo, p. 27. 1997.

ANEXOS

ANEXO 1 - Termo de Anuência do ICEPi



TERMO DE ANUÊNCIA PRÉVIA PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA INTERNA NO ÂMBITO DA SESA

Ao Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com a execução do projeto de pesquisa intitulado "Comunicação e Saúde: a construção de um módulo de Comunicação para profissionais e residentes do SUS", sob responsabilidade da pesquisadora Mayra Fernandes Scarpi tendo como objetivo a construção de um módulo de Comunicação e Saúde que será realizada no ICEPi.

Afirmamos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), zelando pelo sigilo do conteúdo acessado, preservando os participantes da pesquisa e utilizando os dados exclusivamente para os fins científicos.

Estamos cientes que o início da pesquisa fica condicionado à apresentação do Parecer Consubstanciado com Aprovação do projeto por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), credenciado ao Sistema CEP/CONEP e portar a Carta de Autorização emitida pelo Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi).

Ao final da pesquisa nos comprometemos em imediatamente informar e encaminhar (mídia eletrônica) os resultados parciais e/ou finais gerados pela pesquisa e contribuir para a incorporação dos mesmos nos serviços de saúde.

Na expectativa de sua análise e manifestação, nos colocamos à disposição para outros esclarecimentos pertinentes ao nosso pedido.

Respeitosamente

Mayra Fernandes Scarpi 09/01/2024

E-mail: mayrascarpi@saude.es.gov.br; Tel.: (28) 99973-7581

Isabela Alline Oliveira 09/01/2024
Gerente de Inovação do ICEPi

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GESTOR DA UNIDADE CAMPO DA PESQUISA (SETOR DA SESA)

Após recebimento e análise da documentação referida acima, segue o nosso parecer:

FAVORÁVEL NÃO FAVORÁVEL

Considerações:

Fabiano Ribeiro dos Santos 09/01/2024
Diretor-geral do ICEPi

ESPAÇO RESERVADO AO PARECER DO GRUPO TÉCNICO DE PESQUISA/ ICEPi

Considerações:



R. Duque de Caxias, 267,
Centro, Vitória - ES, 29010-120

+55 27 3198-0221
icepi@saude.es.gov.br

Brígida Dias Fernandes

Coordenação de Pesquisa

09/01/20234



ASSINATURAS (4)

Documento original assinado eletronicamente, conforme MP 2200-2/2001, art. 10, § 2º, por:

MAYRA FERNANDES SCARPI
SUPERVISOR DE INOVAÇÃO - ISP.1
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 09/01/2024 12:46:21 -03:00

ISABELA ALLINE OLIVEIRA
GERENTE QCE-03
79035500017 - SESA - GOVES
assinado em 09/01/2024 13:37:05 -03:00

FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS
DIRETOR GERAL DO ICEPI
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 10/01/2024 10:28:40 -03:00

BRÍGIDA DIAS FERNANDES
COORDENADORA DE PESQUISA - BOLSISTA
ICEPI - SESA - GOVES
assinado em 09/01/2024 13:00:33 -03:00

**INFORMAÇÕES DO DOCUMENTO**

Documento capturado em 10/01/2024 10:28:40 (HORÁRIO DE BRASÍLIA - UTC-3)
por MAYRA FERNANDES SCARPI (SUPERVISOR DE INOVAÇÃO - ISP.1 - ICEPI - SESA - GOVES)
Valor Legal: ORIGINAL | Natureza: DOCUMENTO NATO-DIGITAL

A disponibilidade do documento pode ser conferida pelo link: <https://e-docs.es.gov.br/d/2024-W71ZDG>

APÊNDICES

APÊNDICE I - TCLE para gestores



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE ARTES
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E
TERRITORIALIDADES**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) sr.(a) foi convidado (a) a participar da pesquisa “Comunicação e Saúde: a construção de um módulo de comunicação para residentes do SUS”, com o objetivo de compreender como a Comunicação e Saúde pode contribuir para a formação dos profissionais, por meio da proposição de temas para um módulo a ser ofertado na formação de residentes do ICEPi. A pesquisa é importante pois busca capacitar profissionais para a realização de ações de saúde com o olhar voltado para a Comunicação e Saúde.

Estamos realizando entrevistas individuais com gestores do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) para propor a formação em Comunicação e Saúde de residentes. Assim, os participantes responderão perguntas sobre a Comunicação e Saúde. A duração da entrevista é de no máximo uma hora e será realizada na sede do ICEPi.

Esta pesquisa compõe uma etapa documental e as entrevistas serão gravadas e utilizadas somente para este estudo, garantido seu anonimato e privacidade durante todas as fases da pesquisa. Os riscos são relativos a alguma pergunta que possa causar algum desconforto quando estiver respondendo. Neste caso você poderá não responder uma pergunta específica ou interromper a entrevista a qualquer momento. O consentimento para a participação nesta pesquisa poderá ser retirado a qualquer momento, se assim o participante desejar.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e a participação não lhe trará despesas ou danos e nenhum pagamento. Caso o participante tenha

despesa para participar da pesquisa, terá direito ao ressarcimento dos gastos. Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa, você tem o direito a buscar indenização. Como benefício indireto, sua participação irá contribuir para melhorar a formação dos residentes no campo da Comunicação e Saúde.

Solicito sua autorização para divulgação do conteúdo das entrevistas, preservando sua identidade, não havendo qualquer divulgação de seu nome ou voz.

A responsabilidade deste estudo é da pesquisadora Mayra Fernandes Scarpi, orientada pelo pesquisador Rafael da Silva Paes Henriques. As dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (mayrascarpi@gmail.com) ou telefone (28 99973-7581).

Caso queira fazer uma denúncia ou comunicar uma intercorrência durante a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – colegiado responsável por revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas – da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou telefone (27) 3145-9820. O endereço do CEP é avenida Fernando Ferrari, nº 514, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, em Goiabeiras, Vitória, Espírito Santo.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos e que voluntariamente aceito participar, assinando ao final do documento e rubricando todas as páginas. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória/ES, _____ de _____ de 2024.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante:

Nome completo do pesquisador responsável: Rafael da Silva Paes Henriques

E-mail: rafael.henriques@ufes.br

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Nome completo da pesquisadora: Mayra Fernandes Scarpi

E-mail: mayrascarpi@gmail.com

Telefone: (28) 99973-7581

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE II - TCLE para residentes



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE ARTES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E TERRITORIALIDADES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) sr.(a) foi convidado (a) a participar da pesquisa “Comunicação e Saúde: a construção de um módulo de comunicação para residentes do SUS”, com o objetivo de propor conteúdos para a formação de profissionais de saúde. A pesquisa é importante pois busca capacitar profissionais para a realização de ações de saúde com o olhar voltado para a Comunicação e Saúde.

Estamos realizando entrevistas individuais com gestores do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi) para propor a formação em Comunicação e Saúde de residentes que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, os participantes responderão perguntas sobre a Comunicação e Saúde. A duração da entrevista é de no máximo uma hora e será realizada na sede do ICEPi.

Esta pesquisa compõe uma etapa documental e as entrevistas serão gravadas e utilizadas somente para esta pesquisa. Os riscos desta pesquisa são relativos a alguma pergunta que possa causar algum desconforto quando o entrevistado estiver respondendo, neste caso você poderá não responder uma pergunta específica ou interromper a pesquisa a qualquer momento. O consentimento para a participação nesta pesquisa poderá ser retirado em qualquer fase da pesquisa, se assim o participante desejar.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e a participação não lhe trará despesas ou danos e nenhum pagamento. Caso o participante tenha despesa para participar da pesquisa, terá direito ao ressarcimento dos gastos. Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa, você tem o direito a buscar indenização. Como

benefício indireto, sua participação irá contribuir para melhorar a formação dos residentes no campo da Comunicação e Saúde.

Solicito sua autorização para divulgação do conteúdo das entrevistas, preservando sua identidade, não havendo qualquer divulgação de seu nome ou voz.

A responsabilidade deste estudo é da pesquisadora Mayra Fernandes Scarpi, orientada pelo pesquisador Rafael da Silva Paes Henriques. As dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (mayrascarpi@gmail.com) ou telefone (28 99973-7581).

Caso queira fazer uma denúncia ou comunicar uma intercorrência durante a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – colegiado responsável por revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas – da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou telefone (27) 3145-9820. O endereço do CEP é avenida Fernando Ferrari, nº 514, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, em Goiabeiras, Vitória, Espírito Santo.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos e que voluntariamente aceito participar, assinando ao final do documento e rubricando todas as páginas. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória/ES, _____ de _____ de 2024.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante:

Nome completo do pesquisador responsável: Rafael da Silva Paes Henriques

E-mail: rafael.henriques@ufes.br

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Nome completo da pesquisadora: Mayra Fernandes Scarpi

E-mail: mayrascarpi@gmail.com

Telefone: (28) 99973-7581

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE III - TCLE para usuários do SUS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO CENTRO DE ARTES PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM COMUNICAÇÃO E TERRITORIALIDADES

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O(A) sr.(a) foi convidado (a) a participar da pesquisa “Comunicação e Saúde: a construção de um módulo de comunicação para residentes do SUS”, com o objetivo de compreender como a Comunicação e Saúde pode contribuir para a formação dos profissionais, por meio da proposição de temas para um módulo a ser ofertado na formação de residentes do ICEPi. A pesquisa é importante pois busca capacitar profissionais para a realização de ações de saúde com o olhar voltado para a Comunicação e Saúde.

Estamos realizando entrevistas individuais com pessoas que são atendidas no Sistema Único de Saúde (SUS) para propor a formação em Comunicação e Saúde de residentes que atuam nesses locais. Assim, os participantes responderão perguntas sobre as ações de saúde desenvolvidas nos bairros. A duração da entrevista é de no máximo uma hora e será realizada no local que o participante preferir ou por telefone.

As entrevistas serão gravadas e utilizadas somente para este estudo, garantido seu anonimato e privacidade durante todas as fases da pesquisa. Os riscos são relativos a alguma pergunta que possa causar algum desconforto quando estiver respondendo. Neste caso você poderá não responder uma pergunta específica ou interromper a entrevista a qualquer momento. O consentimento para a participação nesta pesquisa poderá ser retirado a qualquer momento, se assim o participante desejar.

As informações fornecidas serão utilizadas para fins de pesquisa científica e a participação não lhe trará despesas ou danos e nenhum pagamento. Em caso de eventual dano decorrente da pesquisa, você tem o direito a buscar indenização. Como benefício indireto, sua participação irá contribuir para melhorar a formação dos especialistas que atuam no SUS.

Solicito sua autorização para divulgação do conteúdo das entrevistas, preservando sua identidade, não havendo qualquer divulgação de seu nome ou voz.

A responsabilidade sobre o estudo é da pesquisadora Mayra Fernandes Scarpi, orientada pelo pesquisador Rafael da Silva Paes Henriques. As dúvidas sobre a pesquisa poderão ser esclarecidas pela pesquisadora responsável, via e-mail (mayrascarpi@gmail.com) ou telefone (28 99973-7581).

Caso queira fazer uma denúncia ou comunicar uma intercorrência durante a pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – colegiado responsável por revisar todos os protocolos de pesquisa envolvendo seres humanos, cabendo-lhe a responsabilidade primária pelas decisões sobre a ética da pesquisa a ser desenvolvida na instituição, de modo a garantir e resguardar a integridade e os direitos dos voluntários participantes nas referidas pesquisas – da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), pelo e-mail cep.goiabeiras@gmail.com ou telefone (27) 3145-9820. O endereço do CEP é avenida Fernando Ferrari, nº 514, sala 07 do Prédio Administrativo do CCHN, em Goiabeiras, Vitória, Espírito Santo.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos e que voluntariamente aceito participar, assinando ao final do documento e rubricando todas as páginas. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de igual teor, assinada pelo pesquisador principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

Vitória/ES, _____ de _____ de 2024.

Nome completo do participante:

Assinatura do participante:

Nome completo do pesquisador responsável: Rafael da Silva Paes Henriques

E-mail: rafael.henriques@ufes.br

Assinatura do pesquisador responsável: _____

Nome completo da pesquisadora: Mayra Fernandes Scarpi

E-mail: mayrascarpi@gmail.com

Telefone: (28) 99973-7581

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE IV - Roteiro de perguntas para gestores e residentes do ICEPi

1. Descreva sua trajetória profissional/pessoal até chegar ao ICEPi.
2. Você já ouviu falar sobre Comunicação e Saúde? O que conhece/compreende sobre o assunto?
3. Como você compreende a importância da Comunicação para a promoção da saúde?
4. Na sua formação, você estudou algo relacionado à Comunicação e Saúde?
5. Você considera que o conhecimento sobre teorias e práticas da Comunicação e Saúde faria diferença em seu dia-a-dia profissional?
6. Na sua avaliação, qual é o papel que a comunicação deve exercer na promoção da saúde?
7. Você considera o tema relevante para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde?
8. Você acha que a Comunicação e Saúde seria um tema relevante para ser trabalhado na formação dos residentes multiprofissionais do instituto?
9. Quais assuntos relacionados à Comunicação e Saúde poderiam ser trabalhados com os residentes?
10. Você gostaria de dizer ou acrescentar algo sobre esse assunto?

APÊNDICE V - Roteiro de perguntas para usuários do SUS

1. Você costuma participar das ações feitas pela Unidade de Saúde?
2. O que o motiva a participar?
3. Na sua opinião, as ações são importantes? Por que?
4. Você acha que as ações ajudam as pessoas a cuidarem da saúde? Por que?
5. Você entende bem as explicações dos profissionais da unidade? Compreende o que tem e o que precisa fazer para melhorar e evitar voltar a ficar doente? Você teria alguma sugestão para melhorar a comunicação entre profissionais e pacientes?
6. Você acha que a comunicação é um fator importante para que as ações tenham bons resultados? Por que?
7. Você gostaria de dizer ou acrescentar algo sobre esse assunto?